第２５号様式の２７（第２６条の１９関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書（小児慢性特定疾病用）

公費負担者番号		1	3					受給者番号							
振込先口座 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄						
								口座番号（7桁）							
振込先口座 支店名	支店 出張所							フリガナ							
								口座名義人							

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、中野区が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が中野区に当該情報を提供することに同意します。

中野区長　宛て＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

（受給者）	（申請者）
〒（　　―　　）	〒（　　―　　）
住　所	住　所
氏名	氏名
生年月日　　年　　月　　日	受給者との続柄（　　）
電話	電話

（診療に要した費用の総額）　医療機関等証明欄「窓口での患者負担額」をご記入ください。

円

医療機関等証明欄

公費負担者番号		患者氏名	
受給者番号		生年月日	

申請理由（いずれかにチェック）
- □　有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □　受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □　その他（理由を記載→　　）

診療調剤年月	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院外来調剤別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額） 食事療養・生活療養標準負担額（注2）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注1）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点(円)	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点(円)	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点(円)	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点(円)	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点(円)	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点(円) 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点(円)	円 円	
								合計 ※食事療養・生活療養標準負担額含む。	円	

注1　「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。

注2　食事療養費標準負担額又は生活療養標準負担額の5割が助成対象になります。ただし、公費負担者番号52137072の受給者証は、10割が助成対象になります。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日

［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地

施設名　　印

管理者名

電話番号　（　　）

記入者名　部署名　氏名　電話番号（内線まで）

委　任　状

私は、下記の者を代理人と定め、中野区の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

中野区長　宛て　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）	（受任者／振込先口座名義人）
住所	住所
氏名　　印	氏名　　印

）