小児慢性特定疾病医療費の償還払い請求をされる方へ

※請求前に必ずご確認ください。

◎小児慢性特定疾病医療費支援で認定された疾病において小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期間内に、指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）で医療費（月額自己負担上限額を超える額、又は３割負担をされた場合）を支払われた保険適用分の医療費を堺市から償還払いいたします。また、指定医療機関外で支払われた、保険適用分の医療費についてもやむを得ない事情の場合は、償還払いの対象とします。

◎認定された疾病以外の医療費、他の医療費助成（子ども医療費、ひとり親家庭医療費等）を適用した支払い、保険適用外の支払いは償還払いの対象となりません。（入院時の食事療養費は、他の医療費助成を適用した場合も償還払いの対象となります。）

◎償還払いの請求については、ア）～カ）の書類をご提出ください（郵送可）。

ア）「小児慢性特定疾病医療費請求書」（請求者記入）

イ）「小児慢性特定疾病医療費証明書」（医療機関記入）か「領収証（原本）」のいずれか。

※領収書を提出される場合は、必ず小児慢性特定疾病の治療分であるか指定医療機関へ確認のうえご請求ください。領収書は原本で領収印があるものに限ります。

ウ）「自己負担上限額管理票」の写し（該当する方のみ）

※「自己負担上限額管理票」に医療費の証明の記載がある場合には、該当月の「自己負担上限額管理票」の写しが必要です。

エ）「同意書」（加入の健康保険組合への照会で使用します。）

オ）「申告書」（該当する方のみ）

※ご自身で適用区分を確認された場合にご提出ください。

カ）限度額適用認定証の写し（お持ちの方のみ）

◎領収書（原本）の提出について

小児慢性特定疾病医療費の償還払に際して、医療保険の高額療養費制度における所得区分である「適用区分」の確認が必要になります。指定医療機関が発行する領収書（原本）では、この「適用区分」の確認 ができませんので、１つの指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護等）ごとに「小児慢性特定疾病医療費証明書」を取得の上、請求を行ってください。

証明書の発行手数料は自己負担です。結果的に償還される金額より証明書の発行手数料が高くなる場合もありますので、よくご検討の上、請求してください。なお、請求時に償還の見込額をお知らせすることはできません。

「小児慢性特定疾病医療費証明書」に代えて、指定医療機関が発行した領収書（原本）で請求する場合は 、ご自身でご加入の保険者（○○健康保険組合等）へ、 償還払の請求年月すべての「適用区分」を確認の上、「申告書」を提出してください。

なお、「申告書」の様式は、お住まいの保健センター窓口での配布、または堺市ホームページからダウンロードが可能です。

領収書（原本）で請求するも、何らかの理由により「申告書」が提出できないときは、「小児慢性特定疾病医療費証明書」を提出いただくか、もしくは堺市にて別途、ご加入の医療保険者あて、「適用区分」を照会します。**償還額は照会の回答を基に決定しますので、通常よりも手続きに時間を要します。**

◎「小児慢性特定疾病医療費証明書」につきましては、指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとの証明となりますので、必要枚数をコピーしてご使用ください。

◎「医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」を窓口で提示された場合は、自己負担上限額以上の負担額は発生しませんので、この請求書を提出していただく必要はありません。

～お支払について～

○月ごとで小児慢性特定疾病医療費総額の２割（※）を限度とし、自己負担上限額までの負担をしていただきます。(※）医療保険の３割負担の方については、１割については償還払いの対象となりますので、自己負担上限額を超えていなくてもご請求いただけます。

○医療費助成は、保険適用分の医療費患者負担額のうち、高額療養費までの額が上限となります。それを超える額は、高額療養費となりますので、先に高額療養費の請求手続きを行ってください。高額療養費の請求方法は加入の健康保険組合へお問い合わせください。また、小児慢性特定疾病医療費の自己負担額についても他の医療費助成制度（こども医療や障害者医療等）で償還払いの対象となる場合がありますので、お住まいの区の保険年金課へお問い合わせください。

○審査を行い償還払いが決定した後「償還払決定通知書」を請求者へ郵送します。なお、書類に不備等がありました際には、請求者または医療機関へ返送させていただく場合があります。

様式第７号

記入例

小児慢性特定疾病医療費請求書

〇記入上の注意

1　この請求書は、小児慢性特定疾病医療費支援で認定された疾病において小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期間内に、指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）で医療費（月額自己負担上限額を超える額、又は3割負担をされた場合）を支払った方はお住まいの区の保健センターにご提出ください。指定医療機関外での医療費についてもやむを得ない事情の場合は、償還払いの対象とします。（ただし、保険適用分に限ります。）

2　太枠内のみ記入してください。 ※印の欄は記入しないでください。

3　小児慢性特定疾病医療費証明書に指定医療機関の証明のない場合は、小児慢性特定疾病医療費の支払いをいたしません。また証明書の代わりに領収書を添付される場合は必ず小児慢性特定疾病の治療分であるか指定医療機関へ確認のうえご請求ください。領収書は、原本で領収印があるものに限ります。

4　ゆうちょ銀行、信用金庫、農協、信用組合も振替できます。（ゆうちょ銀行については、支店名に店番を記入してください。）

5　小児慢性特定疾病医療費証明書の手数料については請求者が負担してください。

【請求書郵送の場合】　　**〒590－0078　堺市堺区南瓦町３－１　電話　072－228－7582**

堺市保健所　保健医療薬務課　指定難病係

年　　月分　から　　年　　月分（　　ヵ月）の

小児慢性特定疾病医療費　を下記のとおり請求します。

年　　月　　日

堺市長　様

※	医療費決定額（堺市記入欄）	百万	十万	万	千	百	十	円

受診者	氏　名	堺　花子	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇
	住　所	堺市堺区南瓦町３－〇－〇		
請求者（18歳以上の場合は受診者、18歳未満の場合は保護者）	フリガナ	サカイ　タロウ	受診者との続柄	
	氏　名	堺　~~花子~~太郎 堺　太郎	父	
	フリガナ			
	住	〇—〇 TEL（　072　228　－　7582　）		
	送金用振替口座	銀行名　〇〇　銀行・農協　信金・信組　※　※　※　※ △△　支店　※　※　※	1.普通・総合 2.当座	口座番号　7 6 5 4 3 2 1
		ゆうちょ銀行　記号・番号		
		口座名義人（カナ）	サカイ　タロウ	

訂正箇所は二重線を引き、訂正署名（フルネーム）をしてください。

必ず請求者の口座を記入してください。（請求者＝口座名義人）

委任欄

私（受診者）は、上記請求者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領の権限を委任します。

年　　月　　日

委任者（受診者）住　所　〒

氏　名

注意　委任欄は、受診者が１８歳以上の場合は受診者と請求者が異なる場合に記入が必要です。委任者が自署しない場合は、記名押印をしてください。ただし、受診者が１８歳未満でその保護者が請求者の場合は記入不要です。