

自己負担額を支払った日の翌日から
5年以内に申請してください。

第13号様式

小児慢性特定疾病医療費償還払い申請書

令和6年2月5日

(宛先)京都市長

受給者が18歳以上の場合は
本人が申請、もしくは委任状
の提出が必要です。

申請者住所 京都市〇〇区〇〇町△△番地□□...

申請者氏名 御池 太郎

受給者との続柄 父

申請額又は、「別添の領収
書等の領収金額（健康保険
適用分）から一部負担金等
を差し引いた金額」と記入
してください。

下記のとおり申請します。

記

受給者番号	1234567	受給者氏名	御池 花子
受給者証有効期間	令和5年10月1日から 令和6年3月31日	申請額	円
振込先	〇〇銀行 △△支店 (普通・当座) 口座番号 9876543 (フリガナ) オイケ タロウ 口座名義人 御池 太郎	償還払いを 必要とする 理由	受給者証の交付前に受診し、 自己負担額を支払ったため

指定医療機関の証明

公費に係る	医療保険等	円
総		円
患者		患
者		

・ 「指定医療機関の証明」欄は、お支払いされた指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）で記入してもらってください。

・ お支払いされた指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに申請書の提出が必要です。

・ 小児慢性特定疾病以外の公費負担制度（子ども医療、ひとり親家庭等医療、障害者医療等）が適用された医療費については償還払いの対象外となります。

【例】入院4日間、患者自己負担4,800円（医療費200円、食事療養費4,600円）
上記の場合、入院費用は子ども医療の適用により200円になっているため、
食事療養費のみが償還払いの対象となります。

注1) ※の欄は記載しないでください。

注2) 領収書を必ず添付してください。また、高額療養費支給適用となった場合は、それを証明する書類を必ず添付してください。

注3) 受給者が成人である場合、受給者本人又は成年後見人以外が請求を行うには受給者の委任状が必要となります。