

特定医療費（指定難病）申請書（療養費払分）

関係書類を添えて、医療費の支給を申請します。

また、この申請に関して、京都市が必要に応じ医療機関及び健康保険組合等に対し、照会することについて同意します。

(宛先) 京都市長		年 月 日	
申請者の住所 〒 京都市 区		申請者の氏名	
(固定電話) - (携帯) - -		※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 受給者との続柄 ()	

受給者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日		
	受給者番号	自己負担上限額		円		
	受給者証の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
振込口座	金融機関	銀行・農協 信金・信組		普通 ・ 当座		
		本店・支店				
	口座番号					
	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同じ					
申請金額		円				
添付書類		☐ 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				
		☐ 特定医療費（指定難病）受給者証（写し）				
		☐ 自己負担上限額管理票（写し）				
		☐ 医療機関等の領収書（原本）（ 枚）【レシートは不可】				
		☐ 医療機関等の特定医療費（指定難病）療養証明書				
		☐ 口座確認書類（通帳又はキャッシュカード）の写し				
		☐ 【交付されている方のみ】加入保険の限度額適用認定証（写し）				
		☐ 【交付されている方のみ】高額療養費支給決定通知書				
		☐ 確定申告（医療費控除）等に領収書が必要となるため返却を希望します。				
委任状	私（委任者）は受任者に上記の医療費に係る（ ☐ 申請書の提出、 ☐ 医療費の受領）を委任し、代理権を授与します。					
	受任者	住所	電話 -		受給者との続柄	
		氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日	
	委任者	住所				
		氏名	Ⓜ	委任日	年 月 日	

○ 留意点

- 振込口座は、申請者の口座が基本です。なお、申請者と受給者が異なる場合、又は振込口座の口座名義人と受給者が異なる場合は、委任状欄の記入及び押印が必要です。（受給者が18歳未満で、保護者が申請者の場合は不要）
- 申請の対象者は、受給者証の有効期間内の医療で、かつ指定難病に係る医療費に限ります。
- 裏面の注意事項等をお読みください。
- 受給者が死亡されている場合は、故受給者の相続人の申請同意書と、相続人が全員記載された戸籍謄（抄）本（原本）を添付してください。

本市使用欄	不足書類	
	支給決定金額	円

【裏面】

特定医療費（指定難病）受給者証の交付を受けた方へ（必ずお読みください）

- 特定医療費は原則として、指定医療機関に対して京都市が支払う制度です。
- これから指定医療機関で特定医療（指定難病）の診療を受けられる場合は、「特定医療費（指定難病）受給者証」と「自己負担上限額管理票」を窓口に提示してください。
- ただし、受給者証の有効期間の開始日から、証の交付を受けるまでの間、特定医療費に相当する医療費をすでに指定医療機関に支払った場合には、この申請書により、自己負担上限額との差額を京都市へ請求することが可能です。
- 療養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ください。

～お支払について～

- 指定難病にかかる保険適用分の医療費が助成対象です。
（入院個室料、診断書料などは対象外です。）
- 指定医療機関で行われるもの以外は対象外です。
【例：「施術所」でのはり、きゅう及びあん摩・マッサージ等】
・入院時の食事療養費及び生活療養費は対象外です。
- 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。それを超える場合は、高額療養費となりますので、申請方法は加入の健康保険へお問い合わせください。（高額療養費の金額確定後に、特定医療費を支給いたします。）

～申請書の注意事項～

- 支給決定額の欄は記入しないでください。