

この申請書に様式7号の2「療養証明書」(医療機関等による証明)を添付してください。

様式7号の1

特定疾患等療養費支給申請書

(宛先)
埼玉県知事

(医療機関・調剤薬局用)

年 月 日

申請者	郵便番号 及び住所	〒		
	フリガナ			
	氏 名			
	日中の 連絡先電話番号	()	受給者との 続柄	

- 受給者と申請者が異なる場合は、下記の記入をお願いします。
なお、受給者が未成年で、申請者が保護者の場合には記入は不要です。

私(受給者)は、上記申請者を代理人と定め、特定疾患等療養費の支給申請及び受領の権限を委任します。

年 月 日

受給者住所

受給者氏名 印

年 月 ~ 年 月分を下記のとおり申請します。

記

申請金額 円

決定金額 円

※この欄は記入しないでください。

右の口座に振り 込んでください。 (申請者名義の 口座であること)	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
			普通 当座		
公費負担者番号	5 1 1 1		受給者氏名		
受給者番号		X	生年月日	年 月 日生	
受給者証有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		

なお、この申請に関して不明な点がある場合、埼玉県が直接、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埼玉県に当該情報を提供することに同意します。

受給者 _____ 被保険者 _____

相続人 _____ ↑ 被保険者が受給者の場合は必要ありません。

法定代理人 _____

裏面も御確認ください。

<申請者の方へ>

1. この申請用紙は公費負担番号が51116010、51116028又は51117018の場合に御使用ください。
2. 医療機関、調剤薬局ごとにそれぞれ療養証明書が必要です。
3. 高額療養費等の対象となる方は、この支給申請前に高額療養費払戻申請手続をとってください。高額療養費等の額が決定した後、この支給申請を行ってください。高額療養費払戻申請の方法については保険者にお問い合わせください。
4. 県では、受け付けた申請書等の内容を審査して公費負担する金額を決定し、申請者が指定した金融機関口座に振り込みます。
5. 支給申請ができるのは、認定された疾患についての保険診療分の医療費に限ります。認定された疾患に関わりのない治療や、保険適用外のサービス(差額ベット代など)、臨床調査個人票等の文書料などは支給の対象になりません。
6. 医療機関等から療養証明書の発行手数料等を請求されることがあります。その発行手数料等は申請者の負担となります。
7. 公費負担番号が51116028の方には医療機関での自己負担額があります。疾患に係る保険診療分の医療費が自己負担額を超えない場合、療養費は支給されませんので御注意ください。
8. 領収書の返却を希望された場合でも、全額公費で支給された場合は返却しません。あらかじめ御了承ください。
9. **必要書類** (①～⑤は全員必要です。⑥⑦は該当者のみ必要です。⑤～⑦はコピー可)
 - ① 療養証明書(様式7号の2)
 - ② 医療機関発行の領収書(原本のみ有効、再発行の場合はお支払いできません)
 - ③ 医療受給者証
 - ④ 加入している医療保険の資格情報が確認できる資料
 - ⑤ 振込口座の通帳又はカード(コピー可)
 - ⑥ 限度額適用・標準負担額減額認定証(コピー可)(有効期間が明記されかつ有効期間内のもの)
 - ⑦ 保険者・市町村からの医療費(付加給付・高額療養費など)の通知