

被爆者の子ども医療費支給申請書、証明書について

【「被爆者の子ども医療費支給申請書」に関するお願い。】

- 1 黒のボールペン等で記入してください。（消えるペン、鉛筆は不可）
- 2 押印する場合は、朱肉を使用し、はっきりと判別できるよう押してください。
- 3 訂正箇所は、二重線（＝）を引き、訂正印を押してください。（申請印と同じ印）
 - ・修正テープ、修正液での訂正は不可
 - ・修正テープや修正液を使用した場合は、その部分にも訂正印を押してください。
- 4 記載例は、別添の記載例 1 を参考にしてください。

【「被爆者の子ども医療費証明書（医療機関用）」に関するお願い】

- 1 「障害名」欄にある番号に○をして、「疾病名」欄には「被爆者の子ども医療費証明書（医療機関用）」の裏面にある対象疾病名を参考に記入してください。
（除外される疾病もありますので注意してください。）

（注1）「疾病名」欄に記載されている疾病に要した費用のみを医療費として記載してください。
風邪など「疾病名」欄に記載されている疾病以外の医療費が含まれている場合は、それを差し引いて記載してください。

（注2）自己負担分は、記載しないでください。
（例：容器代、予防接種ワクチン代、保険会社へ提出する診断書代）

（注3）健康保険外の診療や、人間ドック、差額ベッドなど健康保険が適用されない費用は記載しないでください。
- 2 助成の対象は、健康保険法等での給付分を除いた自己負担分（健康保険法の算定額内）の医療費です。
診断書料、証明書料、診療から1年経過後に申請があった医療費、食事療養費自己負担額などについては、助成の対象ではありませんので注意してください。
- 3 記載例は、別添の記載例 2 を参考にしてください。

被爆者のこどもの医療費支給申請書

記載例①

神奈川県知事 殿

申請者 居住地 神奈川県 ●●市 ●●●● 1-1

氏名 神奈川 太郎 印

電話番号 (045) 210 - 1234

次のとおり、原子爆弾被爆者のこどもの医療費の支給を申請します。

なお、支給決定金額を算出するために、私の高額療養費等の保険給付に関して、貴県が関係機関に調査、照会することについて同意します。

被爆者のこども健康診断 受診証番号		9	9	0	●	●	●	●		
ふりがな氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎									
生年月日	昭和・平成●●年 1月 2日			性別	男・女					
居住地	神奈川県 ●●市 ●●●● 1-1									
保険区分	保険種別	組合(本人)被扶養者)・国保・その他()								
	被保険者証番号	01 12345678								
	被保険者証発行機関名	●●健康保険組合								
	所在地	神奈川県 ●●市 ●● 1-2								
他の公費負担制度との併用	有 (制度の名称 特定疾患) ・ 無									
付加給付の有無	有 (給付金額 5,000 円) ・ 無									
被爆者のこどもの医療費支給対象となる障害を伴う疾病	障害名	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管障害 6 循環器機能障害			7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害 (該当する障害名に○をしてください。)					
	疾病名	・ 高血圧症 ・ 潰瘍性大腸炎								
医療機関	名称	●●●●病院 / ●●●●薬局								
	所在地	横浜市 ●●区 ●● 1-1								
振込口座	金融機関名称	支店	口座種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)			
	●●銀行	本店	普通当座	0	1	2	3	4	5	6

【例】
・特定疾患医療給付制度
・高額療養費支給制度
(限度額認定証) 等

医療機関で証明され、診察、投薬を受けた疾病のみ記載してください。

提出した医療証明書の医療機関名をすべて記載してください。

添付書類 ・ 被爆者のこどもの医療費証明書(様式第2号) ・ 公的医療保険の被保険者証等のコピー

7桁で記載してください。
口座番号が6桁の場合は、頭に0を記入してください。

口座名義人は、申請者と同一に記載してください。

被爆者のこども医療費証明書(医療機関用)

※この証明書は、医療の内容及び医療費について医療機関に証明していただくためのものです。太枠で囲むすべての項目を、医療機関で記入していただいでください。

患者氏名	神奈川 太郎 (男)・女		障 害 名	1 造血機能障害	・高血圧症：6に該当するので、6に○ ・潰瘍性大腸炎：11に該当するので、11に○
生年月日	昭和・平成 ●●年 1月 2日生			2 肝臓機能障害	
保険種別	組合(本人)被扶養者)・国保・その他()			3 細胞増殖機能障害	
疾病名	※必ず医療機関で記入してください			4 内分泌腺機能障害	
	・高血圧症(降圧剤投与有●●) ・潰瘍性大腸炎 (処方せん交付医療機関名：●●病院)			5 脳血管障害	
			6 循環器機能障害	6 循環器機能障害	
			7 腎臓機能障害	7 腎臓機能障害	
			8 水晶体混濁による視機能障害	8 水晶体混濁による視機能障害	
			9 呼吸器機能障害	9 呼吸器機能障害	
			10 運動機能障害	10 運動機能障害	
			11 潰瘍による消化器機能障害	11 潰瘍による消化器機能障害	

・高血圧症の場合、降圧剤の投与の有無または降圧剤の名称を記載してください。

・薬局の場合、「処方せん交付医療機関名」を必ず、記載してください。

・特定疾患医療給付制度
・高額療養費支給制度(限度額認定証)
等ご記入ください。

・対象疾病に関わる自己負担額のみ記載してください。

・特定疾患医療給付制度、高額療養費支給制度(限度額認定証)等を使用した場合は、実際に支払った自己負担額を記載してください。

診療年月	被保険者負担区分	診療区分	診療日数	保険診療総点数(※1)	特記事項(※2)	自己負担額
26年 6月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	1日	408点		3,670円
26年 7月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	2日	816点		2,450円
26年 8月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	14日	54,883点	特定疾患医療給付制度	10,000円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点	(例) 潰瘍性大腸炎で特定疾患医療給付制度を受けている。	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看	日	点		円

・年月は、省略しないで全て記載してください。

(例) 潰瘍性大腸炎で特定疾患医療給付制度を受けている。

上記のとおり相違ないことを証明します。

27年 ●月 ●日
医療機関
所在地 横浜市 ●●区 ●●1-1
名称 ●●病院
代表者氏名 理事長 ▲▲▲▲

連絡先電話番号
045-210-0123
証明担当者氏名
医事課 ○○

合計
16,120円

3,670+2,450+10,000=16,120

委任状
私は、次の者を代理人と定め、上記被爆者のこどもの医療費の受領に関する権限を委任します。
年 月 日
委任者 居住地 氏名 印
受任者 所在地 名称 代表者氏名 印

・この委任状は、医療費の受領を医療機関等に委任する場合に記載してください。(医療費は医療機関等が受領することになります。)

受任者振込口座	金融機関名称	支店	口座種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
			普通・当座		

※1 「診療保険総点数」欄については、「疾病名」欄に記載した疾病に対する治療の総点数を記入してください。「疾病名」欄記載以外の医療費や自己負担分(容器代、予防接種ワクチン代、保険会社へ提出する診断書代)は記入しないでください。

※2 「特記事項」欄については、他の公費負担制度(例：特定疾患医療給付制度)や「限度額認定証利用」等を記入してください。