

先天性血液凝固因子障害等治療研究費申請書

すて印

北海道知事 様

年 月 日



次のとおり 年 月分を申請します。

なお、この申請に関して不明な点がある場合、北海道（受付機関である札幌市、小樽市、函館市及び旭川市を含む）が、直接、医療機関へ照会を行うことに【1. 同意します。 2. 同意しません。】

※（申請者の方に）太枠の中、氏名のフリガナの記入をお願いします。また、裏面も必ずご覧願います。

申請者	郵便番号	電話番号 (左詰・ハイフン付)					
	住所						
	フリガナ (姓)	(名)		印	患者との続柄		
	氏名						
振込口座	金融機関名 (正式名称)	本店支店名	店番号	口座番号 (右詰7桁)			隔地払希望 <input type="checkbox"/>
		店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/>			
フリガナ	(姓)	(名)		生年月日			
患者氏名				年	月	日	
受給者証番号				有効期間の始期	年	月	日から
保険種類	<input type="checkbox"/> 被用者	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 国保組合	<input type="checkbox"/> 後期高齢者			
申請額				円			

支払決定額 円

A 先天性医療費等の請求内訳兼医療機関等の証明欄			B 査定額欄		
内 訳	総医療費・介護給付費 (10割) (円・単位)	窓口支払額 (円)	高額療養費算出額 (円)	一部負担額 (円)	支払決定額 (円)
入院	医療費利用料				
	食事療養費 生活療養費				
外来等	医療費利用料				
	調剤薬局				
	訪問看護等				
合計					

患者 () に係る 年 月分の先天性血液凝固因子障害等の医療費・介護給付費は上記のとおりであることを証明します。
年 月 日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

医療機関等 名称
電 話
代表者名 印 ※診療（調剤）日に○をつけてください。

高額療養費算出 適用区分 本庁

① + (-) × 1% = 円
② - = 円

注 意 事 項

《療養費を申請される方へ》

- 1 先天性血液凝固因子障害等治療研究費は、原則として委託医療機関に対して道が治療研究費を支払う制度ですが、受給者証の交付申請をされてから、交付を受けるまでの間、治療研究費に該当する医療費をすでに医療機関に支払ったとき、病状の急変などのやむを得ない事情により、委託医療機関以外の医療機関で受診し、医療費を支払ったとき等は、この申請書により差額の申請をすることができます。この場合の申請が可能な期間は、医療費を医療機関に支払った月の翌月から5年（受給者証の有効期間内であって受給者証が交付される以前に支払われた医療費の請求については受給者証が交付された月の翌月から5年）です。
- 2 申請書の記載に当たって
 - (1) 「振込口座」欄は、申請者の口座について記入してください。
なお、受領方法を「隔地払」とした場合は、ゆうちょ銀行貯金事務センターから送付される「郵便振替払出証書」による郵便局での受取となります。
 - (2) 申請内容について照会を行うことがあります。道（受付機関である札幌市、小樽市、函館市及び旭川市を含む）が、直接、医療機関へ照会を行うことに同意いただける場合は、「1. 同意します。」を○印で囲んでください。
 - (3) 「保険の種類」欄は加入している保険にレ点を付けてください。
 - (4) 「支払決定額」及び「B査定額」の欄は記入しないでください。
 - (5) 申請書には医療機関等に医療費等を支払った際の領収書（原本）を添付するか、若しくは申請書のAの欄に医療機関等からの証明を受けていただくことが必要です。
ただし、添付する領収書には患者氏名、保険区分、診療科目、総医療費等の明細の記載がされていなければ申請できません。
(注) 申請書に添付する領収書を確定申告等で使用する場合には、必ず申請時に道（札幌市においては各区保健センター、小樽市、函館市、旭川市においては各保健所）に申し出てください。申請窓口で領収書の原本確認した後、返却を受けることができます。
ただし、領収書の金額すべてが払戻の対象である場合、他の給付等を受ける場合を除き領収書の原本は返却はいたしません。（必要な場合は、写しをお取りください。）
なお、申請書提出後の領収書返却はできませんので注意してください。

このほか、申請方法や添付書類の詳細については、北海道保健福祉部地域保健課（札幌市においては各保健センター、小樽市、函館市、旭川市においては各保健所）へ確認してください。

《指定医療機関等へのお願い》

- 1 この申請書の証明欄Aは、先天性血液凝固因子障害等の治療を受けた患者さんが、医療機関の窓口で支払った医療費を支給するために必要な事項について、医療機関からの証明をお願いするものです。
したがって、先天性血液凝固因子障害等以外の治療及び先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。
- 2 記載に当たっては、診療月ごとに証明してください。なお、高額療養費の委任払いをしているときは、余白にその旨を記載してください。
- 3 訪問看護利用料は、外来等の「訪問看護等」欄に記入してください。
- 4 調剤薬局における保険調剤は外来等の「調剤薬局」欄に記入し、外来等の「医療費・利用料」欄に処方箋発行医療機関名を記載してください。
- 5 介護保険の介護療養施設サービス費については入院の欄に記入してください。
また、居宅療養管理指導費及び訪問リハビリテーション費は、外来等の「医療費・利用料」欄に、単位数及び金額を記入し、「調剤薬局」欄に行ったサービス名を記入してください。
なお、医療保険の入院と介護保険の介護療養施設サービスを同一月に行った場合は、入院の欄の upper 段に医療保険分、下段に介護保険分を記入（2段書き）してください。
- 6 証明欄は、診療（調剤）日に○を付けて、開設者の記名及び印（医療法人の場合は法人名と代表者印）を押してください。