

特定医療費償還払申請書

年 月 日

三重県知事あて

年 月分の特定医療費について、別紙医療費証明書または領収書に基づき、公費負担分の償還を申請します。

なお、償還金は下記の口座に振り込んでください。

(受給者又は保護者)申請者	フリガナ					受給者氏名とその続柄	受給者氏名				
	氏名						続柄 ()				
	住所	〒 -									
	電話番号	自宅() -				その他連絡先					
受給者名義の口座	銀行・信金・信組					支店	普通	口座番号			
	農協・漁協・労金										
	ゆうちょ銀行		店名				普通				
フリガナ											
口座名義人											
他の医療費助成制度受給資格	有・無 身体障害者手帳 () 級・療育手帳 () 級・被爆者健康手帳・ その他 ()										

注1：ゆうちょ銀行の場合は、通帳の最初のページ左上の記号・番号ではありません。
ゆうちょ銀行の窓口等で振込用の店名・口座番号を確認し記入してください。

注2：『領収書』または『特定医療費証明書』と『受給者証の写し』を添付してください。

注3：償還払申請を行う対象月の『自己負担上限額管理票』に金額の記載がある場合は、対象月部分の『自己負担限度額管理票の写し』を添付してください。
なお、その場合、同月分の支払い(記載)が全て終了してから提出してください。

注4：2か月分以上まとめて申請する場合でも、申請書の提出は1枚で結構です。

注5：振り込み口座の名義人は、申請者と同じにしてください。申請者の口座以外に振込を希望される場合は、委任状が必要となります。

注6：申請金額のうち、高額療養費該当分は控除して支給します。
自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、各医療保険の保険者（健康保険組合や国民健康保険など）から支払いを受けることとなります。高額療養費制度については各保険者へお問い合わせください。