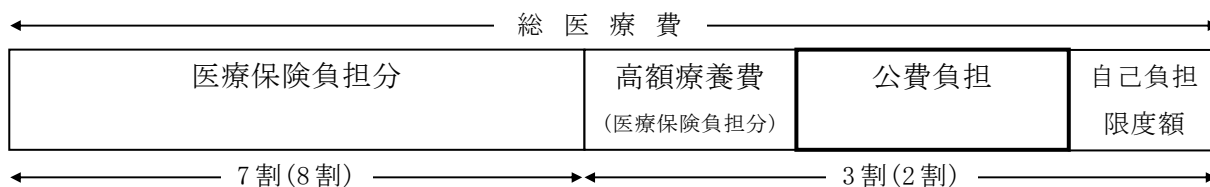


## 小児慢性特定疾患医療費の還付請求について

次の①、②に該当する場合、小児慢性特定疾患治療費の請求手続きをすることによって、支払った医療費の還付を受けることができます。

- ① 受診券の申請後、医療受診券が届くまでに医療機関等の窓口で医療費を支払った場合
  - ② 窓口で支払った医療費の合計が自己負担限度額を超えた場合
- ※ ただし、還付の対象となる医療費は認定された疾病に関するもので、保険適用分のみとなります。また、保険適用分であっても、対象外となる費用があります。(例：治療用装具)



### 1 必要な書類等

- ① 慢性特定疾患治療費請求書（医療機関用と薬局用があります）
- ② 医療機関及び薬局発行の領収書  
(原本。総医療費、自己負担分等の保険診療の内容がわかるもの)  
ただし、①の請求書に医療機関等による金額等の記載がある場合は不要です。
- ③ 相手方登録申込書（既に登録済で変更のない場合は不要です）  
この申込書は、還付する医療費の振込口座を登録するためのものです。
- ④ 印鑑

### 2 高額療養費制度の支払基準に該当する方について

窓口で支払った医療費が高額療養費制度の支払基準に該当する場合は、高額療養費の支給手続きを保険者（全国健康保険協会、市町村、健康保険組合又は共済組合等）に行った後に小児慢性特定疾患医療費の還付請求をしてください。

### 3 その他

- ・ 請求書は医療機関、薬局、受診月ごとにそれぞれ別葉に記入してください。
- ・ 県からの支払いは、請求者が指定した金融機関の口座振込となります。振込口座の名義人は請求者と同一人としてください。異なる場合は支払うことができません。
- ・ 還付請求の手続きから、支払いまで約2～3ヶ月かかります。また、審査により請求金額どおりに支払われないことがあります。
- ・ 提出していただいた領収書等につきましては、原則返却はいたしませんので、返却が必要な方は申請の際に申し出てください。

自己負担限度額が入院 11,500 円、通院 5,750 円の受診者を例にします。

**【1】 同一月に支払った医療費の合計が「入院の自己負担限度額」を超えた場合**

受診日	入・通院別	窓口で支払った額
4/1～3	入院	10,000 円
4/20	通院	5,750 円
合計		15,750 円

←11,500 円以上

医療機関の窓口では入院・通院別、それぞれの自己負担限度額までをお支払いしていただきますが、窓口で支払った合計額が入院の自己負担限度額である 11,500 円を超えているため、 $(15,750 \text{ 円} - 11,500 \text{ 円} = 4,250 \text{ 円})$  が還付の対象になります。

**【2】 同一月に複数医療機関を受診した場合**

①通院のみ・・・この場合の自己負担限度額は 5,750 円です。

受診日	受診病院	窓口で支払った額
4/5	A 病院	3,000 円
4/10	B 病院	3,000 円
合計		6,000 円

←5,750 円以上

窓口で支払った合計額が通院の自己負担限度額である 5,750 円を超えているため、 $(6,000 \text{ 円} - 5,750 \text{ 円} = 250 \text{ 円})$  が還付の対象になります。

なお、入院のみの場合についても扱いは同様です。

②入院+通院・・・この場合の自己負担限度額は 11,500 円です。

受診日	受診病院、入・通院別	窓口で支払った額
4/1	A 病院 に 通院	2,000 円
4/10	B 病院 に 通院	3,000 円
4/10	A 病院 に 入院	11,500 円
合計		15,500 円

←11,500 円以上

窓口で支払った合計額が入院の自己負担限度額である 11,500 円を超えているため、 $(15,500 \text{ 円} - 11,500 \text{ 円} = 4,000 \text{ 円})$  が還付の対象になります。

**【3】 同一生計内に 2 人以上の受診者がいる場合**

その月に支払った自己負担額が最も多額な受診者以外の受診者については、自己負担限度額が 1/10 になります。(ただし 10 円未満の端数は切り捨てます。)

受診者	受診日	受診病院、入・通院別	窓口で支払った額
C さん	4/1～10	A 病院 に 入院	11,000 円
D さん	4/15	B 病院 に 通院	5,000 円

この場合、医療機関の窓口では C さん D さんともに自己負担限度額まで支払っていただきますが、D さんの自己負担限度額は  $(5,750 \text{ 円の } 1/10 = 575 \text{ 円})$  10 円未満の端数切り捨て) 570 円となり、 $(5,000 \text{ 円} - 570 \text{ 円} = 4,430 \text{ 円})$  が還付の対象となります。

**【4】 同一受診者が複数の疾患で認定を受けている場合**

それぞれの疾患ごとに支払う必要はなく、受診者の自己負担限度額までとなります。

対象疾患	受診日	受診病院、入・通院別	窓口で支払った額
E 疾患	4/1～10	A 病院 に 入院	11,000 円
F 疾患	4/15	B 病院 に 通院	5,000 円
合計			16,000 円

←11,500 円以上

窓口で支払った合計額が入院の自己負担限度額である 11,500 円を超えているため、 $(16,000 \text{ 円} - 11,500 \text{ 円} = 4,500 \text{ 円})$  が還付の対象になります。

また、いずれか一方の疾患で重症認定されたと、他方の自己負担限度額も 0 円となります。