

**都 医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書 (精神通院用)**

受診者氏名	自立支援医療(精神通院)受給者証番号	生年月日
(フリガナ)	負担者番号 9 3 1 3 3 0 0 7	明治 大正
	受給者番号	昭和 平成 年 月 日生

申請額	円	金融機関コード	*	*	0
-----	---	---------	---	---	---

- 自己負担上限額管理票の写しを添付してください(平成18年4月以降診療分)。
- 医療機関等の窓口でお支払いになった金額のうち、**高額療養費に相当する部分は東京都から支給されません。**
- 高額療養費は、御加入の健康保険等から支給されます。
- 高額療養費は、患者又は申請者が、別途、御加入の健康保険等に請求する必要があります。請求方法については、健康保険証等の交付元にお問い合わせください。

振込(申請先口座)	銀行 信用組合	支店・出張所	支店番号	預金種別	1普通	2当座	口座番号								
	信用金庫 農協														
	フリガナ	受診者との続柄		申請者住所	郵便番号										
口座名義	(印)						電話番号								

- (注) 1 受診者が未成年の場合は、保護者が申請者になってください。  
 2 \*欄は、記入しないでください。  
 3 太枠の中は、必ず記入してください。  
 4 口座名義のフリガナは、金融機関の通帳に登録したとおりに記入してください。

上記のとおり申請します。  
 なお、支給決定額は、上記の口座にお振り込みください。  
 東京都知事 殿

平成 年 月 日  
 こちら側は、受診者及び申請者が記入してください。  
 こちら側は、受診した病院や保険薬局等で証明を受けてください。

**療 養 証 明 欄**

診療調剤	年月	日数	診療・調剤費	診療調剤	点数	備考
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
合 計			円			

上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日

[ 医科 1 調剤 4 看護 6 ]

医療機関等コード

所在地  
 施設名  
 医療機関名 管理者名 (所属課) (印)  
 担当者名  
 電話

送付先 郵便番号 163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号  
 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課 電話 03(5320)4464

支給対象者  
 自立支援医療受給者証に記載された医療機関(薬局含む、東京都外のみ)で診療(調剤)を行い、自立支援医療受給者証の「負担者番号」欄に「93133007」と記載してある受診者(社会保険又は後期高齢者医療制度加入者)が請求することができます。

記入上の注意事項

**(都) 医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書 (精神通院用)**

受診者氏名 (フリガナ) トウキョウ タロウ 東京 太郎	自立支援医療(精神通院)受給者証番号 負担者番号 9 3 1 3 3 0 0 7 受給者番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 明治 大正 (昭和) 平成 年 月 日生
------------------------------------	--	---------------------------------

申請額 \_\_\_\_\_ 円

1 **自己負担上限額管理票の写しを添付してください。**  
 2 医療機関等の窓口でお支払いになった金額のうち、**高額療養費に相当** \_\_\_\_\_ **支給されません。**  
 3 高額療養費は、御加入の健康保険等から支給されます。  
 4 高額療養費は、患者又は申請者が、別途、御加入の健康保険等に請求する必要があります。請求方法については、健康保険証等の交付元にお問い合わせください。

振込(申込先) 口座名義	みよこ	(銀行) 信用組合 新宿 信用金庫 農協	支店番号 0 1 2	預金種別 ①普通 ②当座	口座番号 9 8 7 6 5 4 3 2	フリガナ トウキョウ タロウ	受診者との続柄 申請者住所 郵便番号(163 8001) 新宿区西新宿1-1-1 電話番号 03(5320)0000
--------------	-----	----------------------	------------	--------------	----------------------	----------------	--

(注) 1 受診者が未成年の場合は、保護者が申請者になってください。  
 2 \*欄は、記入しないでください。  
 3 太枠の中は、必ず記入してください。  
 4 口座名義のフリガナは、金融機関の通帳に登録したとおりに記入してください。  
 上記のとおり申請します。  
 なお、支給決定額は、上記の口座にお振り込みください。  
 東京都知事 殿

平成 年 月 日  
 こちらは、受診者及び申請者が記入してください。  
 こちらは、受診した病院や保険薬局等で証明を受けてください。

診療(調剤)年月日	回数	診療・調剤費	診療点数	備考
20年 5月	2日	1120円	1580点	
20年 6月	1日	560円	600点	
20年 7月	3日	1060円	3200点	精神の自立支援医療支給対象となる点数を記入してください。
合 計		2740円		

上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日

医療機関名 [ 医科 ① 調剤 4 看護 6 ] 所在地 神奈川県横浜市 区 町1-1-1 医療機関等コード 7|6|5|4|3|2|1  
 施設名 病院 管理者名 院長 担当者名 (所属課) 電 話 045 - -

必ず押印してください。

医療機関コードを記入してください。

医療機関の所在地、名称等記入してください。

**20年5月分自己負担上限額管理票**

受診者	東京 太郎	受給者番号	1234567
下記のとおりの月額自己負担上限額に達しました。		月額自己負担上限額 2,500円	
日付	医療機関名	自己負担額	確認印
5月15日	薬局		(印)
日付	医療機関	自己負担額	月間自己負担額累積額
5月2日	病院	450円	450円 (印)
5月2日	薬局	560円	1,010円 (印)
5月15日	病院	670円	1,680円 (印)
5月15日	薬局	820円	2,500円 (印)

添付書類：自己負担上限額管理表

医療費助成制度は、総医療費から医療保険等と自立支援医療費を除いた残額に対して東京都がお支払いをするため、自己負担上限額管理票の「自己負担額」欄を確認しないと、東京都から受診者にいくらお支払いすればいいのかわかりません。

そのため、自己負担上限額管理票を必ず添付いただくようお願いします。

写しを添付しなければ、請求額をお支払することができなくなるので、御注意ください。

問い合わせ先：送付先  
 郵便番号 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課  
 電話番号 03-5320-4464(直通)