

年 月 日

振興局長等 様

請求者
住所 〒
_____
(ふりがな)
氏名 _____
連絡先 ( _____ - _____ )
受給者との間柄 (受給者の _____ )

### 特定医療費等請求書

年 月～ 年 月分の特定医療費等の支給について次のとおり請求します。

なお、本請求内容に疑義がある場合、岩手県が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が岩手県に当該情報を提供することに同意します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

受給者番号	_____	受給者氏名	_____
受給者証有効期間	自 _____ 年 月 日 至 _____ 年 月 日	自己負担上限額	_____ 円
口座名義 (請求者名義) ※カタカナで記入			
金融機関名	本・支店名	種別	口座番号
		1 普通 2 当座	_____

〈受給者以外の方が請求する場合〉(※受給者が記入)

私 (受給者) は、請求者を代理人と定め、特定医療 (指定難病) 費の請求及び受領に係る一切の権限を委任します。

委任者 (受給者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

〈請求の理由〉

今回の請求に係る理由をチェックしてください。その他の場合は理由を記載してください。

- 1 申請 (新規・更新・変更) をしてから受給者証が交付されるまでに医療費を支払ったため
- 2 実施医療機関で医療受給者証を提示せずに支払ったため
- 3 その他 (理由 : \_\_\_\_\_ )

(裏面も必ずご覧ください。)

## 注 意 事 項

1 請求できるのは、次の場合に限りです。

- 治療を受ける医療機関等が県に申請し登録された指定医療機関（調剤薬局、訪問看護ステーション含む。）であること。
- 認定された疾病についての治療であること。
- 保険診療の対象であること。（差額ベッド代、診断書等の文書料などは支給の対象となりません。）

2 高額療養費及び付加給付の対象となる方は、高額療養費等の額が決定した後、請求を行ってください。

※保険医療費（食事療養費を除く）の支払いが一定額を超える場合は、御加入の医療保険から高額療養制度による払戻しを受けることができます。高額療養費制度についての詳しい手続き等については、御加入の医療保険窓口にお問合せください。その際、特定医療費（指定難病）医療費助成を受ける旨も医療保険へお伝えください。

3 提出書類等

### 【必要書類】

- 特定医療費に係る医療機関発行の領収書（原本）
  - 特定医療費等証明書（別紙）
    - ※ 医療機関へ証明書の記載を依頼してください。請求者等による記載は無効です。
    - ※ 複数の医療機関を受診している場合は、認定された疾病について診療を受けた全ての指定医療機関の証明書を提出すること。（受診した病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション毎に作成を依頼のうえ、提出願います。）
    - ※ 証明書発行に係る手数料は、助成の対象外です。
    - ※ 受給者証を適用して支払った医療費について、自己負担上限額が遡って減額された場合や自己負担上限額を超えて支払った場合は、当該証明書に代えて自己負担上限額管理票の写しの添付により申請することが可能です。
  - 特定医療費（指定難病）受給者証
  - 振込口座の名義及び口座番号が確認できる書類（通帳等）
- } ※窓口で確認します。  
(必要に応じてコピーします。)

### 【該当する場合に提出する書類】

- 保険者・市町村からの医療費（付加給付・高額療養費など）の通知の写し