

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。

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	自己負担上限額	円
	至		年		月		日		
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) 療養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。（差額ベット代、診断書等の文書料などは支給の対象となりません。）
2. 請求書には、当該自己負担額に係る領収書（原本）及び診療報酬明細書（写）又は訪問看護療養費明細書（写）を添付してください。
3. 前項に掲げる明細書（写）の添付ができない場合は、「特定医療費等証明書」又は「特定医療費（指定難病）受給者証自己負担上限額管理票の写し」を医療機関から証明を受け、提出してください。
※必ず特定医療費に係る領収書の写しを添付すること。
4. 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、ご加入の健康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、ご加入の健康保険窓口にお問合せください。
5. 提出書類
【必須書類】
 - 特定医療費に係る医療機関発行の領収書（原本）
 - 医療費を証明する書類（次のいずれかを提出すること。）
 - ・ 特定医療費等証明書（別紙）
※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指定医療機関全ての証明書を提出すること。
 - ・ 特定医療費（指定難病）受給者証自己負担上限額管理票の写し
※今回の請求分について指定医療機関により必要事項が記入されていること。
 - 特定医療費（指定難病）受給者証
 - 健康保険証
 - 振込口座の通帳又はカード

※窓口確認（必要に応じてコピー）

【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

6. 請求内容に疑義がある場合には、県が、保険者及び医療機関等へ照会し、請求内容の確認することがあります。