

特定医療費請求書

愛知県知事殿

年 月 日

特定医療費の償還を請求します。

※太枠で囲まれた部分を全て記入してください。

請求者	フリガナ											
	口座名義人											
	フリガナ											
	住所	〒										
	電話番号	()	-							
請求者名義の口座	銀行コード					支店番号					口座番号	
	<small>(金融機関名)</small>				<small>(支店名)</small>			1 普通 2 当座				

※金融機関にはゆうちょ銀行(銀行コード:9900)も含まれます。

患者氏名			生年月日	年 月 日	受給者番号				
有効期間	年 月 日から	年 月 日	自己負担上限額	(月額)	円	適用	区分		

※受給者証に記載されているとおり記入してください。

医療費証明書提出一覧(添付する医療費証明書の医療機関・薬局・訪問看護ステーション名を全て記入してください)

1		4	
2		5	
3		6	

医療費証明書 計 枚

※決定額 (愛知県記入欄)

※確認欄1

※確認欄2

※この欄は記入しないでください

請求者が患者(患者が18歳未満の場合は保護者)以外の場合は、委任状が必要です。

委任状

私(委任者)は下記の受任者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。

委任者 住所 _____

氏名 _____

受任者 住所 _____

続柄 _____

氏名 _____

特定医療費請求書(記入例)

請求者	フリガナ	アイチ タロウ																	
	口座名義人	愛知 太郎																	
	フリガナ	ナゴヤシナカクサンノマル3-1-2																	
	住所	〒	4	6	0	-	8	5	0	1	名古屋市中区三の丸3丁目1-2								
	電話番号	(052)	954	-	6270												
請求者名義の口座	銀行コード	9	9	0	0	支店番号	2	1	8	口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	(金融機関名)	ゆうちょ				(支店名)	二一八			普通			2 当座						
		銀行・信金・信組・農協・漁協・労金				支店													

※金融機関にはゆうちょ銀行(銀行コード:9900)も含まれます。

患者氏名	愛知 太郎	生年月日	平成 2年 1月 1日	受給者番号	9	8	7	6	5	4	3
有効期間	令和元年 10月 1日から 令和2年 9月 30日	自己負担上限額 (月額)	10,000 円	適用区分	ウ						

請求者が患者(患者が18歳未満の場合は保護者)以外の場合は、委任状が必要です。

《注意事項》

1. この請求書で請求できる医療費について

- 受給者証の有効期間内に支払った認定された疾病にかかる医療費のうち、
 - 医療保険の負担割合が3割の方
 - ⇒①医療費総額の1割(自己負担割合が3割から2割に軽減されるため)
 - ②①を給付後の医療費と受給者証に記載された自己負担上限額(月額)との差額
 - 医療保険の負担割合が1割・2割の方
 - ⇒受給者証に記載された自己負担上限額(月額)を超えた医療費
- (ただし、認定された疾病及びその疾病に付随して発症した傷病に係る医療費に限ります。保険適用外のサービスや文書料等は給付対象外です。)

2. 高額療養費制度の対象となる場合、この請求で償還される金額は高額療養費制度の自己負担限度額までとなりますので、この請求とは別に、加入している健康保険へ高額療養費の払い戻し請求を行ってください。

3. **請求書には特定医療費証明書の添付が必要です。**認定された疾病について診療を受けた全ての医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションで証明を受けてください。(証明がない場合、特定医療費が償還されません。)

また、証明を受けた医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション名と提出枚数を請求書の医療費証明書提出一覧に記入してください。

4. **請求書には領収書(原本)を添付してください。**領収書の返却を希望される場合は、返信用封筒(切手貼付し、送付先を記載したもの)を同封してください。

5. ゆうちょ銀行を指定される方へ

ゆうちょ銀行を指定する場合、支店番号を3桁、口座番号7桁で記入してください。

(参考)

6. 請求書送付先・お問い合わせ先

〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号
愛知県保健医療局健康医務部健康対策課 難病対策グループ
TEL052-954-6270(ダイヤルイン)