

特定医療費（指定難病）請求書

年 月 日

岐阜県知事 様

指定難病に係る特定医療費を請求します。当該特定医療費は、下記の振込口座に振り込んでください。

|      |                       |                        |  |  |  |             |          |             |         |  |  |
|------|-----------------------|------------------------|--|--|--|-------------|----------|-------------|---------|--|--|
| 請求者  | 氏名                    |                        |  |  |  |             |          | 受診者<br>との続柄 | (受診者の ) |  |  |
|      | 居住地<br>(住所)           | 〒 -                    |  |  |  |             |          | 電話番号 ( )    | -       |  |  |
| 受診者  | 公費負担者番号(上段) 受給者番号(下段) |                        |  |  |  |             | 氏名       | 自己負担上限額     |         |  |  |
|      |                       |                        |  |  |  |             |          | 円           |         |  |  |
| 振込口座 | 銀行名等                  | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農業協同組合 |  |  |  | 本・支店<br>営業所 | 預金<br>種別 | 普通<br>当座    |         |  |  |
|      | 口座<br>番号<br>(右詰)      |                        |  |  |  | 口座<br>名義人   | フリガナ     |             |         |  |  |
| 請求金額 |                       |                        |  |  |  | 円           |          |             |         |  |  |

| 指定難病医療受給者証有効期間 |                      |               |  | 年 月 日～ |                  | 年 月 日                  |   | 保険者<br>適用区分 |
|----------------|----------------------|---------------|--|--------|------------------|------------------------|---|-------------|
| 診療<br>年月       | 診療<br>区分             | 介護保険<br>サービス名 | 保険区分及び<br>自己負担割合                       | 日数     | 診療報酬明細書<br>による点数 | 保 険 診 療 分<br>自 己 負 担 金 |   |             |
| 年<br>月         | 入院<br>外来<br>調剤<br>訪看 |               | 国保<br>社保<br>後期<br>介護<br>1割<br>2割<br>3割 |        | 月全体              | 点                      | 円 |             |
|                |                      |               |  |        | 指定難病対象分          | 点                      | 円 |             |
| 年<br>月         | 入院<br>外来<br>調剤<br>訪看 |               | 国保<br>社保<br>後期<br>介護<br>1割<br>2割<br>3割 |        | 月全体              | 点                      | 円 |             |
|                |                      |               |  |        | 指定難病対象分          | 点                      | 円 |             |
| 年<br>月         | 入院<br>外来<br>調剤<br>訪看 |               | 国保<br>社保<br>後期<br>介護<br>1割<br>2割<br>3割 |        | 月全体              | 点                      | 円 |             |
|                |                      |               |  |        | 指定難病対象分          | 点                      | 円 |             |
| 年<br>月         | 入院<br>外来<br>調剤<br>訪看 |               | 国保<br>社保<br>後期<br>介護<br>1割<br>2割<br>3割 |        | 月全体              | 点                      | 円 |             |
|                |                      |               |  |        | 指定難病対象分          | 点                      | 円 |             |

上記のとおり証明します。 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_

医療機関等コード

担当者氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号( ) \_\_\_\_\_

|          |   |
|----------|---|
| 支払確定額    | 円 |
| (保健所受理印) |   |

備考 1 下段の太線の枠内については、指定医療機関で証明を受けてください。  
 2 下段の太線の枠外は、記載しないでください。

## ■ 特定医療費（指定難病）請求者の方へ

|  |                        |             |
|--|------------------------|-------------|
| 請求者<br>氏名<br>〒<br>居住地<br>(住所)<br>電話番号( ) - | 受診者<br>との続柄<br>(受診者の)  |             |
| 公費負担者番号(上段) 受給者番号(下段)                      | 氏名                     | 自己負担上限額     |
| 銀行名等                                       | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農業協同組合 | 本・支店<br>営業所 |
| 振込口座<br>口座番号<br>(古糖)                       | 口座<br>名義人              | 預金<br>種別    |
|  | 請求金額                   | 普通<br>当座    |

- 請求者、振込口座の名義人が受診者又は保護者（受給者証に保護者の記載がある場合に限る。）でない場合は、委任状の提出が必要です。
- 保護者が請求する場合は、受給者証の写しを添付してください。
- 受診者の死亡により相続人が請求する場合は、請求者が相続人であることが確認できる書類（除籍謄本の写し等）を添付してください。

請求金額欄は、空欄で構いません。

### ○医療費助成の対象について

受給者証の有効期間内に指定難病の治療のため、難病法に基づく指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）で受診した場合のみ、医療費助成を受けられます。

### ○支給金額について

支給される額は、次の式で算定される額です（支給金額が「0円」となる場合は支給されません。）。

$$\boxed{\text{指定医療機関への支払額}} - \boxed{\text{高額療養費等}} (\text{支給がある場合}) - \boxed{\text{自己負担限度額}} = \text{支給金額}$$

### ○自己負担上限額管理票について

請求対象月に受給者証を使用して医療費を支払った場合は、該当する月の「自己負担上限額管理票」の写しを添付してください。

### ○高額療養費について

医療機関の窓口で支払った金額のうち、高額療養費に相当する部分は保険者から支給されます。高額療養費の請求方法はご加入の健康保険等により異なるため、ご加入の保険者にお問い合わせください。

## ■ 指定医療機関の方へ（記載方法について）

- 受給者証の有効期間を確認のうえ、受給者証に記載された指定難病に係る医療費について、受診者の方が実際に支払われた額を月ごとに記載してください。すでに公費併用レセプト等により請求しているものについては証明の必要はありません。
- 上段に月全体の診療分(受給者証記載の指定難病以外に関する診療分を含む。)を記載し、下段に受給者証に記載のある指定難病に関する診療分について記載してください。(上段と下段が同じ場合は「//」で結構です。)
- 入院時に高額療養費制度により定額で支払を受けた場合(70歳以上及び後期高齢者医療被保険者の場合)及び各保険者発行の限度額適用認定証により支払を受けた場合は、下段の金額の記載は省略し、該当する項目を囲んでください。
- 介護保険サービスを利用した場合は、サービス名(介護予防) 訪問看護、(介護予防) 訪問リハビリテーション、(介護予防) 居宅療養管理指導又は介護療養施設サービスを記載してください。
- 保険者適用区分を記載してください。

受給者証の有効期間を記載してください。

| 指定難病医療受給者証有効期間 |                      | 年 月 日 ~ 年 月 日 |  | 保険者<br>適用区分 |
|----------------|----------------------|---------------|--|-------------|
| 診療<br>年月       | 診療<br>区分             | 介護保険<br>サービス名 | 保険区分及び<br>自己負担割合                       | 円           |
| 年              | 入院<br>外来<br>調剤<br>訪問 |               | 国保<br>1割<br>社保<br>2割<br>後期<br>3割<br>介護 |             |
| 月              |                      |               | 日数                                     | 円           |
|                |                      |               | 診療報酬明細書<br>による点数                       | 円           |
|                |                      |               | 指定難病対象分                                | 円           |
|                |                      |               | 定額                                     | 円           |
|                |                      |               | 限度額認定証                                 | 円           |

保険情報等から確認した保険者適用区分を記載してください。

「診療区分(又は介護保険サービス名)」及び「保険区分及び自己負担割合」について、該当するものを○で囲んでください。

上段には月全体の診療分、下段に当該指定難病対象分を記載してください。(上記(2))

薬局の場合は受付回数を記入してください。

後期高齢者医療被保険者が入院等で定額で支払った場合又は限度額適用認定証により定額で支払った場合は、当てはまる方を囲んでください。(上記(3)この場合下段の金額については省略して構いません。)