

特定疾患医療費申請用

(別紙1)

「特定疾患医療受給者証」の交付を受けられた方へ

(特定疾患医療費支給申請書記入要領)

「特定疾患医療費支給申請書」について

この申請書は、今回お送りした受給者証を受領するまでの間に受けた当該疾患に対する治療等に関して支払われた医療費のうち、特定疾患医療受給者証に記載の月額自己負担限度額を超えている部分について、受給期間開始に遡って、直接、御指定の口座にお振り込みさせて頂くものです。

月ごとに支払った金額が月額自己負担限度額の範囲内である場合は、申請は不要です。

また、支払われた医療費が、高額療養費（後期高齢者医療での高額医療費含む）に該当する場合は、高額療養費を差し引いた後の額から自己負担限度額を差し引いた額になります。

高額療養費の支給については、保険者（健康保険証発行元）へ請求をしてください。既に請求をされ、高額療養費の支給額通知書をお持ちの方は、その写しを添付の上、申請をしてください。

高額療養費の請求等については、保険者（健康保険証発行元）や受診機関等へお尋ねください。

※ 申請される際は、必ず、受給者証及び通帳の写しを添付してください。

(通帳の写しは、銀行名、支店名、口座番号、名義人フリガナ等の振込先が確認できるページ)

※ 特定疾患医療受給者証受領後に、同受給者証を提示せずに医療機関を受診した医療費については、当該支給申請の対象外となりますので、医療機関受診時は、必ず特定疾患医療受給者証をご提示ください。

◆ 記入のしかた ◆

- ① 申請者の住所、氏名、電話番号、受給者との続柄を記入し、必ず押印する。
 - ② 受給者（患者）と受領者（口座名義人）が異なる場合には必ず記入する。
また、受領者が申請者以外の場合は、受任者欄も記入する。
 - ③ 特定疾患医療受給者証に記載された内容を確認して記入する。
 - ④ 申請者の健康保険の種類、附加給付金の有無等について記入する。
 - ⑤ 振込先口座は、受給者又は委任を受けた方の口座とし、口座名義人にはフリガナをつける。
- ※ 記入漏れ、押印漏れがないか、再度ご確認ください。



特定疾患医療費支給申請書の裏面「特定疾患医療費証明書」について

受診された医療機関（病院、院外薬局等）で記入（証明）してもらってください。
（別紙2）は医療機関の方へお渡しください。



特定疾患医療費支給申請書の用紙が足りない方は、コピーしてお使いいただきますよう、よろしくお願いたします。

特定疾患医療費支給申請書

平成 22 年 9 月 0 日

鹿児島県知事 殿

(〒 899- 0000)
申請者 住 所 〇〇市〇〇町〇〇〇
氏 名 鹿児島 一郎
TEL. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
受給者との続柄 夫



違う印を使用

※支払決定額 _____ 円
(記入しないこと)

受給者(患者)と受領者が異なる場合は記入してください。
私(受給者)は上記申請者または、下記の受任者に対し特定疾患医療給の受領を委任します。
平成 22 年 10 月 10 日
受給者(患者) 住所 〇〇市〇〇〇町〇〇〇
氏名 鹿児島 花子
受任者(申請者以外の場合のみ記入)
住所 _____
続柄 _____ 氏名 _____



印

下記のとおり申請します。
なお、申請内容について疑義が生じた場合には、関係機関に対する照会について同意します。
また、乳幼児医療の対象となる申請内容については、医療費助成の適切な運用を図るために、裏面記載の医療費や今回の支給額等の情報を居住地の市町村へ提供することに同意します。

受給者番号	フリガナ 受給者氏名	生年月日 (年齢)	住 所	病 名	
0: 1: 2: 3: 4: 5: 6:	カゴシマ ハナ 鹿児島 花子	T(S)H 30年〇月〇日 (50) 歳	(〒 899- 0000) 〇〇市〇〇町〇〇〇	ベーチェット病	
申請理由 (○で囲む)			受給者証有効期間		
受給者証交付・重症認定(切替)・更新・その他			22年 6月 9日～ 23年 9月 30日まで		
加入保険種類(該当する保険を○で囲む) (政(協) 組・共・国・退・後) (本人・家族)					
被保険者証の記号・番号(記号 012 番号 345678)					
◎組合、共済に該当する場合は保険者に確認の上、下記にご記入ください。					
付加給付金の有無(有・無) 有の場合は給付基準(20,000円/月)					
保険者名称(〇〇〇保険組合) 保険者の連絡先(06-1234-5678)					
被保険者証の記号・番号(記号 012 番号 345678)					
振 込 先	金融機関名	本・支店(所)名	口座種類	口座番号	(フリガナ) 名 義 人
	〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座 ◎貯蓄預金は 指定できません。	567890	(カゴシマ 伊吹) 鹿児島 一郎 ◎受給者または委任を受け た方に限ります。

◎記入上の注意

- この請求書は、受給開始日(交付日)以降で、すでに支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある方のみ提出してください。
- 裏面に医療機関ごとに証明を受けてください。
- 自己負担額(月単位)が高額療養制度の自己負担額を超えた場合、その超えた額については、保険者(健康保険証発行元)に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給額通知書(写し)又は限度額認定証(写し)又は(別紙)高額療養費・高額介護サービス費の支払い証明書を添付のうえ請求願います。
(※高額療養費は医療費支給申請の対象とはなりませんのでご注意ください。)
(※支給額通知書がない場合は、別紙様式の証明書を添付してください。)
- 振込先については、記載誤りのないよう充分にご確認ください。

※ この用紙は証明書の記載を依頼する際に、病院・院外薬局等の方へお渡しください。

指定医療機関の担当者様へ

(特定疾患医療費証明書記入要領)

「特定疾患医療費証明書」について

この証明書は、受給者証を受領するまでの間にうけた当該疾患に対する治療等に関して支払われた医療費を、受給期間開始に遡って、直接、御指定の口座にお振り込みさせて頂くものです。

証明書は、医療機関（病院・院外薬局等）ごとに記入してください。

なお、下記の点に御注意ください。

- ◎ 訪問看護及び院外薬局における調剤については、自己負担はありません。
- ◎ 患者さんが支払った金額（入院の場合は食事療養費を含む）が、月額自己負担限度額の範囲内である場合は、記入不要です。
- ◎ 診療報酬請求後の医療費等について御記入ください（請求前でも、調整ができない場合等については理由を余白に御記入ください。）。
- ◎ 特定疾患医療受給者証を提示せずに受診した医療費については当該支給申請の対象外となるため、受診の際には必ず受給者証を提示するようご指導ください。（同受給者証を紛失した場合は保健所等に連絡するようお伝えください。）。

◆ 記入のしかた ◆

- ① 受給者証に記載された内容を確認し、記入してください。
 - ② 該当月の全体額、内訳（うち公費対象外分、うち公費対象分）等については、すべて記入してください。
- ※ 公費対象外分とは、
- ・ 特定疾患認定日以前の治療費
 - ・ 認定後であっても、記載された特定疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する治療以外のものに係る治療費
- です。



医療機関等の証明欄の印は、私印ではなく、医療機関等の印の押印をお願いします。

特定疾患医療費証明書

【記入例2】

記入上の注意事項を御覧になり証明してください。

受給者氏名		鹿児島 花子			公費負担者番号	5 1 4 6 6 0 2 7					
					受給者番号	0 1 2 3 4 5 6 /					
月額自己負担限度額		受給者証を確認できなかった理由			新規・重症切替・更新・その他 ()						
外来	2, 250円	特定疾患医療受給期間のうち証明する期間			22年 6月9日 ~ 22年 7月31日						
入院	4, 500円	高額療養費申請対象期間			22年 6月 ~ 22年 7月						
診療月	診療期間	診療日数	保険種別	給付割合	総医療費 (円)	医療保険負担分 (円)	患者自己負担相当額 (円)	左のうち患者が実際に支払った額 (領収額)	高額療養制度での自己負担限度額または付加給付	月額自己負担限度額	決定額 A-C または B-C
								A			
22年6月	全入院期間分 (3日 ~ 30日)	28	国	7	501, 120	350, 784	150, 336	82, 441			
	うち公費対象外分				201, 000	140, 700	60, 300				
	うち特定疾患分 (9日~30日)	22			300, 120	210, 084	90, 036				
	公費対象期間入院食事療養費 (食数)	66食					17, 160	17, 160			
	通院	全休額: 通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅									
	院内等	うち公費対象外分									
	うち特定疾患分										
22年7月	全入院期間分 (1日 ~ 15日)	15	国	7	100, 050	70, 035	30, 015	30, 020			
	うち公費対象外分				0	0	0				
	うち特定疾患分 (1日~15日)	15			100, 050	70, 035	30, 015				
	公費対象期間入院食事療養費 (食数)	45食					11, 700	11, 700			
	通院	全休額: (通院)院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅	3	国	7	30, 020	21, 014	9, 006	9, 010		
	院内等	うち公費対象外分				9, 000	6, 300	2, 700			
	うち特定疾患分	3			21, 020	14, 714	6, 306				
年	全入院期間分 (日 ~ 日)										
	うち公費対象外分										
	うち特定疾患分 (日 ~ 日)										
	公費対象期間入院食事療養費 (食数)	食									
	通院	全休額: 通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅									
	院内等	うち公費対象外分									
	うち特定疾患分										
合計	全入院期間分	43					180, 351	112, 461			
	うち公費対象外分						60, 300				
	うち特定疾患分	37					120, 051				
	公費対象期間入院食事療養費 (食数)	111食					28, 860	28, 860			
	通院	全休額: (通院)院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅	3	国	7			9, 006	9, 010		
	院内等	うち公費対象外分						2, 700			
	うち特定疾患分	3					6, 306				
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 22年 8月 00日					医療機関等 所在地 鹿児島市000番地0号		健康所		チェック項目		
					名称 000病院		指定医療機関		調剤薬局		訪問看護
					代表者名 院長 0000		自己負担限度額				
					担当者名 00 (所属課 00課)						
					TEL 099-000-0000		印		入院		
									通院		