

# 特定医療費（指定難病）請求書

## （記載例・受給者と請求者が同一の場合）

年 月 日

大分県知事 殿

請求金額 金 円

受給者	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	有効期間	自 R〇年〇月〇日 至 R〇年〇月〇日	
	ふりがな	おおいた たろう		大正 昭和 平成 令和	
	氏名	大分 太郎			生年月日 〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳)
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇 〇〇アパート 〇〇号			
	自己負担 上限額	5,000 円		保険の付加給付の有無 有・ <b>無</b>	
	医療保険	種別 国保 後期高齢 国保組合	健保	大分市	
請求者	氏名 (口座名義人)	ふりがな 氏名	おおいた たろう 大分 太郎		受給者 との続柄 本人
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇 〇〇アパート 〇〇号			
	支払方法	① 受給者の口座に振込 2 下記委任状により委任された者の口座に振込			
	請求理由	1 受給者証の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し ② 自己負担上限額変更によって生じた支払った額の払い戻し 3 その他 ( )			
	振込口座	大分		県庁前	
	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農業協同組合・漁業協同組合		本店・支店 出張所・代理店		
	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
委任状					
私(受給者)は、下記の者を代理人と定め、大分県からの特定医療費(指定難病)の請求及び受領を委任します。					
委任者(受給者)		代理人			
氏名 _____		氏名 _____		生年月日 _____	
		住所 _____		続柄 _____	
		連絡先 _____			

**【注意事項】**

- 記載にあたり、二重線での修正はできません。記載内容に誤りがあった場合は、再度書き直して提出してください。
- 提出日、請求金額は必ず空欄で提出してください。
- 有の場合は、付加給付額の記入および給付額が分かる書類(給付決定通知書等)を添付書添付ください。
- 保険者名:加入している医療保険の保険者名を記載してください。  
例) 国保→市町村名  
健保→全国健康保険協会〇〇支部  
後期高齢→〇〇県後期高齢者医療広域連合  
国保組合→〇〇国民健康保険組合
- 「銀行・労働金庫等」、「本店・支店等」、「普通・当座」の選択をしてください。
- 口座番号は通帳などを見ながら正確に記入してください。
- 受給者と請求者が異なる場合は委任状欄に記載が必要です。受給者と請求者が同一である場合は、委任状欄に記載しないでください。

**注意事項**

- 1 特定医療費(指定難病)証明書を指定医療機関(薬局、指定訪問看護事業者等を含む。)に証明してもらい、添付してください。
- 2 特定医療費(指定難病)受給者証、自己負担額管理票、預金通帳(金融機関名 振込口座情報の記載された部分)の各写しを添付してください。
- 3 自己負担額(月単位)が高額療養制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、当該請求の対象となりませんので、保険者に高額療養費の請求を行ってください。
- 4 請求者・振込先(名義人)が異なる場合は委任状(この用紙に記載するところがあります)が必要です。  
(ただし、受給者が未成年の場合は、保護者との関係が証明できるもの(住民票・保険証等)を添付すればそれに代えることができます。)
- 5 「保険の付加給付の有無」については、組合保険及び共済保険等に加入(扶養者を含む)している方は勤務先に確認し記入してください。  
また、付加給付が有る場合は、給付額が分かる書類を添付してください。  
(付加給付とは、組合保険及び共済保険等において、それぞれの定款で定めるところにより行う給付です。)