

特定医療費（指定難病）請求書

（記載例・受給者と請求者が異なる場合）

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	有効期間	自 RO 年 〇 月 〇 日 至 RO 年 〇 月 〇 日	
	ふりがな	おおいた たろう			
	氏名	大分 太郎	生年月日	大正 昭和平成令和 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・無	
医療保険	種別	国保 健保 後期高齢 国保組合	保険者名	大分市	
請求者	氏名（口座名義人）	ふりがな 氏名	受給者との続柄	大分 花子 長女	
	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	※委任された者の口座に振込を希望する場合、請求者と下記委任状の代理人を同一としてください。	
	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		
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	大分 太郎	氏名	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇 〇〇アパート 〇〇号	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
		住所	大分 花子	続柄	長女
		連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

【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）を添付してください。

○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載してください。

○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。）