

特定疾患医療費支給申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

(〒 -)
 申請者 住 所
 氏 名 印
 受給者との続柄
 連絡先 (日中連絡がとれる電話又は携帯電話)

※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。 _____ 年 月 日	
受給者(患者) 住所	印
氏名	
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	
		T. S. H 年 月 日 () 歳	(〒 -)		
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			年 月 日～ 年 月 日まで		
加入保険種類 (該当する保険を○で囲む) (政・組・船・共・国・退・後) (本人・家族) 被保険者証の記号・番号 (記号 番号)					
◎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。 付加給金の有無 (有 ・ 無) 有の場合は給付基準 (/月) 保険者名称 () 保険者の連絡先 ()					
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
			普通・当座 ◎貯蓄預金は指定できません。		() ◎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。

特定疾患医療費証明書

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		公費負担者番号									
		受給者番号									
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		特定疾患医療受給期間のうち今回証明する期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
入院		高額療養費申請対象期間		年 月 ~ 年 月							
診療月	診療期間	診療日数	保険種別	給付割合	総医療費	医療保険負担分	患者自己負担相当額	左のうち患者が実際に支払った額 (領収額) A	高額療養制度での自己負担限度額または付加給付 B	月額自己負担限度額 C	決定額 A-C または B-C
年	全入院期間分 (日 ~ 日)										
	内 うち公費対象外分										
月	うち特定疾患分 (日 ~ 日)										
	公費対象期間入院時食事療養費 (食数)	食									
通院等	全体額: 通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅										
	内 うち公費対象外分										
年	入院期間 (日 ~ 日)										
	内 うち公費対象外分										
月	うち特定疾患分 (日 ~ 日)										
	公費対象期間入院時食事療養費 (食数)	食									
通院等	全体額: 通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅										
	内 うち公費対象外分										
年	入院期間 (日 ~ 日)										
	内 うち公費対象外分										
月	うち特定疾患分 (日 ~ 日)										
	公費対象期間入院時食事療養費 (食数)	食									
通院等	全体額: 通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅										
	内 うち公費対象外分										
合計	全入院期間分										
	内 うち公費対象外分										
通院等	うち特定疾患分										
	公費対象期間入院時食事療養費 (食数)	食									
通院等	全体額: 通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅										
	内 うち公費対象外分										
通院等	うち特定疾患分										
	公費対象期間入院時食事療養費 (食数)	食									
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日							保健所 確認	チェック項目			
医療機関等 所在地 名称 代表者名 印 担当者名 (所属課) TEL								指定医療機関	調剤薬局	訪問看護	
							入院	自己負担限度額			
								通院			

*** 記入上の注意**

- 特定疾患医療費支給申請書の申請期間に係る月ごとの医療費について、支払った金額が月額自己負担額を越えた場合に証明をお願いします。ただし、訪問看護及び院外処方による調剤薬局での薬剤については一部負担は生じません。
- 太線で囲った分を記入して下さい。
 (1) 「うち特定疾患分」の欄は、特定疾患認定期間後であって、かつ**特定疾患及び特定疾患に直接起因する合併症に係る医療費**です。
 (2) 「患者自己負担相当額」とは総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。
 (3) 「左のうち患者が実際に支払った額」の欄は、自己負担全額を支払った場合はその額を、また、高額医療貸付制度を利用しての支払や後期高齢者医療制度の限度額支払は、窓口で領収した額を記入してください。
- この用紙に証明された医療費については、診療報酬明細書の差し替えはしないでください。