

# 「特定医療費(指定難病)受給者証」の交付を受けられた方へ

(特定医療費(指定難病)支給申請書記入要領)

## 「特定医療費(指定難病)支給申請書」について

この申請書は、今回お送りした「特定医療費(指定難病)受給者証」(以下「受給者証」という。)に記載してあります有効期間の開始日から「受給者証」を交付されるまでの間に受けた当該疾患(指定難病)に対する治療等に関して支払われた医療費のうち、受給者の自己負担上限額を超えている部分及び自己負担割合が3割の場合は、自己負担上限額の範囲内でも、3割と2割(特定医療費の自己負担割合)との差額について、御指定の口座にお振り込みさせていただきます。

なお、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上限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。

### 1 提出書類

- ① 支給申請書、② 証明書(指定医療機関ごと)、③ 受給者証(写し)、④ 特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票(写し)
- (上限額管理票の写しは、支払われた医療費の属する月の分のみ)

### ⑤ 通帳の写し

(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)

### 2 提出時期

申請は、支払われた医療費の属する月の翌月以降(例:1月分は2月以降)にしてください。

### 3 留意事項

- ・指定医療機関受診時は、必ず「受給者証」及び「上限額管理票」の両方をご提示ください。
- ・「受給者証」及び「上限額管理票」の交付を受けた後に、両方を提示せずに指定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、払い戻しできません。

## ◆ 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 受給者証に記載された内容を確認して記入する。
  - ④ 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。
- ※ 記入漏れがないか、再度御確認ください。

## 👉 「特定医療費(指定難病)証明書」について

受診された指定医療機関(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)は指定医療機関の方へお渡しください。

## 👉 「特定医療費(指定難病)証明書」用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください。

〈2021年3月作成〉

# 特定医療費（指定難病）支給申請書 【記載例1】

〇〇年〇〇月〇〇日

鹿児島県知事 殿

( 〒 8 9 9 - 0 0 0 0 )

申請者

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇

氏名 鹿児島 一郎

受給者との続柄 〇〇

連絡先（日中連絡がとれる電話又は携帯電話）

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※ 支払決定額合計 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医療費（指定難病）の受領を委任します。

△△年△△月△△日

受給者(患者) 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇

氏名 鹿児島 花子

受任者（申請者以外の場合のみ記入）

住所

氏名

受給者との続柄

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。

受給者番号	受給者氏名	年齢	住所 受給者が申請者の場合は「同上」と記載	疾患番号	
0 1 2 3 4 5 6	カゴシマ ハコ 鹿児島 花子	〇〇	〒 8 9 9 - 〇 〇 〇 〇 〇〇市〇〇町〇〇番地〇	〇〇	
申請理由（○で囲む）			受給者証有効期間		
受給者証交付・変更・その他（ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">受給者証交付</span> ）			令和2年12月10日～令和3年9月30日		
特定医療（指定難病）証明書提出枚数（ 1枚：令和2年12月～令和3年1月）					
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	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> ・当座 <small>◎貯蓄預金は指定できません。</small>	567890	カゴシマ 一郎 鹿児島 一郎 <small>◎受給者または委任を受けた方に限ります。</small>

**◎記入上の注意**

- 1 この請求書は、受給者証の有効期間開始日から交付日までの間、または受給者証の交付日以降で手続き等の関係から、すでに支払った医療費のうち、**本来公費負担されるべき特定医療費がある方のみ**提出してください。  
「**受給者証**」及び「**特定医療費（指定難病）自己負担上限管理票**」を指定医療機関に提示されなかった場合等は、**特定医療費（指定難病）支給申請の対象になりませんのでご注意ください。**
- 2 指定医療機関ごとに、特定医療費（指定難病）証明書の記載を受けて、この申請書に添付して提出してください。  
なお、受給者証交付月に自己負担上限額管理票の記載がありましたら、その写しも添付してください。
- 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又は限度額認定証又は高額療養費・高額介護サービス費の支払い証明書等の写しを添付のうえご請求ください。**  
( \* 高額療養費は特定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。 )
- 4 **振込先**については、**通帳の写しを添付していただきますが、記載誤りがないようにご記入ください。**

※ この用紙は証明書の記載を依頼する際に、指定医療機関の方へお渡しください。

# 指定医療機関の担当者様へ

(特定医療費 (指定難病) 証明書記入要領)

## 「特定医療費 (指定難病) 証明書」について

この証明書は、「特定医療費 (指定難病) 受給者証」(以下「受給者証」という。)に記載してあります有効期間の開始日から「受給者証」を受領するまでの間に受けた当該疾患(指定難病)に対する治療等に関して支払われた医療費について、公費負担額相当分を受給者の指定口座にお振り込みさせていただくものです。

証明書は、指定医療機関 (病院または診療所・薬局・訪問看護ステーション等) ごとに記入してください。

なお、下記の点に御理解と御協力をお願いします。

- ◎ 「受給者証」及び「特定医療費 (指定難病) 自己負担上限額管理票」(以下「上限額管理票」という。)の交付後に、両方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」及び「上限額管理票」の両方を提示するよう御指導ください。(同受給者証等を紛失した場合は保健所等に連絡するよう御指導ください。)
- ◎ 申請は、「受給者証」等が交付された月の医療費に係る分については、当該月の翌月以降に、払い戻しを必要とするすべての指定医療機関の証明書と「受給者証」及び「上限額管理票」の写しを添えて手続きするよう御指導ください。
- ◎ なお、受給者証に記載してあります有効期間の開始日から受給者証等が交付された月より前の月の医療費に係る分については、払い戻しを必要とするすべての指定医療機関の証明書と「受給者証」の写しを添えて手続きするよう御指導ください。

### ◆ 記入のしかた ◆

- ① 受給者証に記載された内容を確認して、正確に御記入ください。
- ② 証明する月の全体額、内訳 (うち指定難病外分、うち指定難病分)等について、すべて記入してください。

※ 指定難病外分とは、

- ・ 特定疾患 (指定難病) 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 (指定難病) 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。



指定医療機関等の証明欄の印は、私印ではなく、指定医療機関等の印の押印をお願いします。また、担当者及び所属課も必ず記入するように、御協力をお願いします。

# 特定医療費（指定難病）証明書 【記載例2】

記入上の注意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		4		4		6		6		0		1		6	
						受給者番号		0		1		2		3		4		5		6			
自己負担上限額		10,000 円		受給者証を確認できなかった理由		受給者証交付 ・ 変更 ・ その他 ( )																	
				高額療養費申請対象期間		令和2年12月								～ 令和3年1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	B	月額自己負担上限額または2割or1割負担額の小さい方	C	決定額	A-CまたはB-C									
2年	入院	全入院期間 ( 4日 ~ 31日 )	28	国	7	501,120	350,784	150,336	82,441			自己負担上限額2割or1割負担額の小さい額											
	内訳	うち指定難病外分				201,000	140,700	60,300															
		うち指定難病分 ( 10日 ~ 31日 )	22			300,120	210,084	90,036				( )											
12月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)																					
	内訳	うち指定難病外分																					
		うち指定難病分※ ( 日 ~ )																					
3年	入院	全入院期間 ( 1日 ~ 15日 )	15	国	7	100,050	70,035	30,015	30,020			自己負担上限額2割or1割負担額の小さい額											
	内訳	うち指定難病外分				0	0	0															
		うち指定難病分 ( 1日 ~ 15日 )	15			100,050	70,035	30,015				( )											
1月	通院等	全体額 (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														
	内訳	うち指定難病外分				9,000	6,300	2,700															
		うち指定難病分※ ( 19日 ~ )	3			21,020	14,714	6,306															
年	入院	全入院期間 ( 日 ~ 日 )										自己負担上限額2割or1割負担額の小さい額											
	内訳	うち指定難病外分																					
		うち指定難病分 ( 日 ~ 日 )										( )											
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)																					
	内訳	うち指定難病外分																					
		うち指定難病分※ ( 日 ~ )																					
年	入院	全入院期間 ( 日 ~ 日 )										自己負担上限額2割or1割負担額の小さい額											
	内訳	うち指定難病外分																					
		うち指定難病分 ( 日 ~ 日 )										( )											
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)																					
	内訳	うち指定難病外分																					
		うち指定難病分※ ( 日 ~ )																					
合計	入院	全入院期間	43	国	7			180,351	112,461			自己負担上限額2割or1割負担額の小さい額											
	内訳	うち指定難病外分						60,300															
		うち指定難病分	37					120,051				( )											
通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)	3	国	7				9,006	9,010														
	内訳	うち指定難病外分						2,700															
		うち指定難病分	3					6,306															

総医療費・医療保険負担分・患者自己負担相当額には1円の位まで(四捨五入せず)にご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。		令和3年〇〇月〇〇日	
医療機関等		保健所確認	
所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地〇	病院・診療所薬局訪問看護	
名称	〇〇〇病院	自己負担上限額	
代表者名	院長 〇〇〇〇〇		
担当者名	〇〇〇〇〇 (所属課 〇〇〇〇課)	円	
T E L	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

\* 記入上の注意

- 特定医療費（指定難病）に係る申請手続き中に生じた月ごとの医療費について、受給者が支払った金額の証明をお願いします。なお、証明される同じ期間内に他の指定医療機関への支払いがある場合には、同時に申請するようにご指導ください。
- 太線で囲った分を記入してください。
  - 証明する月の総額をご記入いただくとともに、「うち指定難病分」の欄は、特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間開始日から認定日（給者証交付日）までの期間であって、**かつ指定難病及び指定難病に直接起因する合併症に係る医療費をご記入ください。**また、受給者証交付月に公費適用した医療費については、行を別にしてご記入ください。
  - 同月に保険の異なる支払いがある場合は、保険ごとに行を別にしてご記入ください。
  - 「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。
  - 「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。