

特定医療費（指定難病）支給申請書

鹿児島県知事 殿 (〒 -) 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

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）
電 話 番 号

※ 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
氏 名

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	
.....					
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 （ ）			年 月 日 ～ 年 月 日		
特定医療（指定難病）証明書提出枚数 （ 枚： 年 月 ～ 年 月）					
振 込 先	金融機関名	本・支店(所)名	口座種類	口座番号	フリカゝナ 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。
- 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。
- 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。）
- 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。

特定医療費（指定難病）証明書

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		公費負担者番号													
受給者番号															
自己負担上限額		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				年 月 ～ 年 月							
診療月	診療期間			診療日数	保険種別	給付割合	適用区分	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）	高額療養制度での自己負担限度額	月額自己負担上限額または2割or1割負担額の小さい方	決定額	
											A	B	C	A－CまたはB－C	
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		
		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）													
		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		
		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）													
		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		
		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）													
		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		
		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）													
		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											自己負担上限額2割or1割負担額の小さい額		
		うち指定難病外分													
		うち指定難病分											（ ）		
通院等	全体額（通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅）														
	うち指定難病外分														
	うち指定難病分														

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療機関等

所在地

名称

代表者名

担当者名

T E L

年 月 日

印

（ 所属課 ）

保健所確認

チェック項目

病院・診療所薬局訪問看護

自己負担上限額

円

* 記入上の注意

1 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。

2 太線で囲った分を記入してください。

(1) 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（受給者証交付日）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。

(2) 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。

(3) 「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。

(4) 「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。

3 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。