

「特定医療費（指定難病）受給者証」の交付による医療費の払い戻しについて（御案内）

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。）が
お手元に届くまでの間に「指定難病の医療費（治療・調剤等）の支払いがあった方」への
御案内です。

払い戻しの申請をすることで、払い戻しを受けることができます。

ただし、支払った金額が、受給者証の自己負担上限額を超えていない場合などは、払い戻しがありません。

(1) 払い戻しの対象となる治療等

受給者証の「病名（指定難病）」に対して、指定医療機関等で受けた治療・調剤等

(2) 払い戻しの対象となる期間

(1)の治療・調剤等が、受給者証の有効期間の開始日から受給者証が届くまで

(3) 払い戻される金額

(1)及び(2)により支払われた医療費のうち、次のもの（月単位で計算します。）

① 受給者証の自己負担上限額を超えた額

（医療保険の自己負担が3割の方は、支払った医療費が自己負担上限額を超えていない場合でも、特定医療費の自己負担割合（2割）との差額は、払い戻しの対象）

② 高額療養費制度（後期高齢者医療での配慮措置による外来窓口上限額等を含む。）に該当する医療費の支払いがある場合は、高額療養費制度の自己負担限度額から、受給者証の自己負担上限額を差し引いた額

③ ②の高額療養費制度に該当する医療費に「指定難病以外」で支払った医療費が含まれる場合は、高額療養費制度の自己負担限度額から、「指定難病以外の患者自己負担相当額（「総医療費10割×医療保険の自己負担割合」により算出される額）及び受給者証の自己負担上限額」を差し引いた額

【注意】 次の医療費は、払い戻しの対象となりません。（お問い合わせの多いもの）

ア 手元に届いた「受給者証」や「自己負担上限額管理票」を提示せずに医療費を支払った。

イ 70歳以上の方で、指定難病分の支払金額が受給者証の自己負担上限額の範囲内だった。

（例）自己負担2割、受給者証の自己負担上限額5,000円、指定難病分の支払額150円

ウ 「受給者証の有効期間の開始日より前」、「受給者証に記載のない病名」又は「医療保険適用外」の治療・調剤等

エ 指定医療機関に指定されていない医療機関で受けた診療・調剤等

オ 高額療養費の自己負担限度額を超えた額（→保険者（健康保険証の発行元）が払い戻します。）

カ 指定難病以外の患者自己負担相当額が「高額療養費の自己負担限度額以上」だった場合の指定医療機関窓口での支払金額 等

不明な点は、県保健所又は難病相談・支援センターへお問い合わせください。

提出書類等については、裏面をご確認ください。

1 提出書類

- ① 特定医療費（指定難病）支給申請書
- ② 特定医療費（指定難病）証明書
※ 支払った指定医療機関ごとに作成をお願いしてください。
- ③ 特定医療費（指定難病）受給者証の写し（払い戻しの対象期間のもの）
- ④ 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票の写し（払い戻しの対象期間で記入されている場合）
- ⑤ 通帳の写し（銀行名、支店名、口座番号や名義人フリガナ等、振込先が確認できる見開き部分）

- ・ ネットバンク等により通帳をお持ちでない場合は、振込先のわかるキャッシュカードの写しを提出してください。
 - ・ 振込先のわかるキャッシュカードがない場合は、振込先情報がわかる会員画面等の写しを提出してください。
- ⑥ 高額療養費の支給額通知書（払い戻しの対象期間のもの）をお持ちの方は、その写し

2 提出時期

払い戻しの対象となる診療月の翌月以降に申請してください。

3 留意事項

- ・ 保険者から「払い戻しの対象となる診療月」の付加給付を受ける場合は、払い戻し申請前に、保険者に確認してください。
- ・ お手元に届いた「受給者証」及び「自己負担上限額管理票」は、受診の際に、必ず指定医療機関の受診時に提示してください。
(提示せずに支払った医療費は、公費助成の対象外のため払い戻しできません。)

「特定医療費（指定難病）申請書」の記入のしかた ◆

- 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）が異なる場合は、受給者（患者）の欄は必ず記入する。
また、受領者が申請者以外の場合は、受任者の欄も記入する。
- 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（患者）又は受任者の口座とし、口座名義人の欄にはフリガナをつける。
- ⑤ 記入漏れがないか、再度ご確認ください。

「特定医療費（指定難病）証明書」について

- ① 受診された指定医療機関（病院、院外薬局等）で記入してもらってください。
- ② （別紙2）を、指定医療機関の方へ証明書と一緒にお渡しください。枚数が足りない場合は、コピーしてください。

受給者証の更新申請で医療費の証明書を必要とする場合は、必ず「医療費総額証明書」で証明してもらってください（「医療費総額証明書」は、更新案内時に送付します。）
（受給者証の更新申請での証明書が「特定医療費（指定難病）証明書」の場合、受け付けられません。）

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	疾患番号
			受給者が申請者の場合は「同上」と記載	
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	フリカダ 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
- 1 この申請書は、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、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。

特定医療費（指定難病）支給申請書

記入例

鹿児島県知事 殿

令和 〇年〇〇月〇〇日

(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)

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 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※ 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。

令和〇年〇〇月〇〇日

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	疾患番号	
0 1 2 3 4 5 6	カゴシマ ハコ 鹿児島 花子	〇〇	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 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（ ）			令和6年11月10日～令和7年10月31日		
特定医療（指定難病）証明書提出枚数（ 1枚： 令和6年11月 ～ 令和6年12月）					
振込先	金融機関名	本・支店(所)名	口座種類	口座番号	フリカダナ 名 義 人
	〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座 ◎貯蓄預金は指定できません。	567890	カゴシマ 一郎 鹿児島 一郎 ◎受給者または委任を受けた方に限ります。

◎記入上の注意

- この申請書は、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**、**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。**

〈令和7年4月〉

※ この用紙は、特定医療費（指定難病）証明書及び受給者証と一緒にお渡しください。

指定医療機関の担当者様へ

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。）の交付申請された方が、受給者証が届くまでの間に、受給者証に記載されている病名（指定難病）に対する治療・調剤等に関して支払われた医療費がある場合、県が公費負担額相当分を受給者の指定口座に直接振り込みさせていただくためのものです。

下記の点につきまして、御理解と御協力をお願いします。

◎ 証明書は、指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション等）ごとに作成してください。（証明書が1枚で足りない場合は、お手数ですが、コピーのうえ作成いただくようお願いします。）

◎ 証明書を必要とする目的が「受給者証が届くまでの期間に支払った医療費の払い戻しを受けるため」であることを御確認ください。払い戻し以外の目的で、この証明書による申請は受け付けられません。

〔（注）受給者証の更新申請等のために医療費の証明書を必要とする場合は、必ず「医療費総額証明書」で証明をお願いします。
医療費総額証明書は、更新案内時に受給者あて送付します。〕

◎ 受給者証の交付後、受診の際には必ず「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」の両方を提示するよう御指導ください。

併せて、紛失した自己負担上限額管理票の両方を提示するよう御指導ください。

〔（注）受給者証の交付後、「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」を提示せずに受診し支払われた医療費は、特定医療費（指定難病）の公費助成・払い戻しの対象となりません。〕

◆ 記入のしかた ◆

(1) 受給者証に記載された内容を確認して、正確に記入してください（証明書の「* 記入上の注意」を確認してください。）。

また、証明書の記載対象の医療費は、医療保険適用分のみです。

(2) 払い戻しの有無や金額は、指定難病外分の治療費の状況も含めて月単位で決定します。

このため、全体額と内訳（うち指定難病外分、うち指定難病分）の欄だけでなく、全入院期間の欄も必ず記入してください。

なお、日付の欄についても、有効期間の有無を判断するため、必ず記入してください。

(3) 指定難病に対する治療・調剤等であっても、次の場合は「指定難病外分」に該当します。

- ・ 受給者証の有効期間の開始日より前の治療・調剤等
- ・ 受給者証に記載されていない病名（指定難病）に対する治療・調剤等

(4) 「医療保険負担分」と「患者自己負担相当額」は、「総医療費」に対して1円単位まで算出して記入してください。

(5) 「* 記入上の注意」の2(1)の「うち指定難病分」の期間については、認定日（受給者証交付日）に受給者証を受給者に郵送するため、郵便により到達するまでの期間も含みます。

なお、受給者証交付月に公費適用した支払いがある場合は、行を別にして証明書に記入してください。

(6) 指定医療機関の証明欄の印は、担当者の私印ではなく、指定医療機関の印で押印されるようお願いいたします。また、担当者及び所属課も必ず記入して下さるようお願いします。

〈令和7年4月〉

特定医療費（指定難病）証明書

記入例

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 6 年 1 1 月		～		令和 6 年 1 2 月									
診療月		受給者証の有効期間開始日より前の期間の医療費は、指定難病に対する治療であっても「うち指定難病外分」になります。		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					
4 年	入院	全入院期間（ 4 日 ～ 31 日 ）		28	国	7	ウ	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									
	内訳	うち指定難病分（ 10 日 ～ 31 日 ）		22				300,120	210,084	90,036									
1 1 月	通院等	全体額（通院・院外薬局・訪問・居宅）																	
	内訳	いつからいつまでの期間であるか分かるように記入してください。																	
	内訳	うち指定難病外分																	
4 年	入院	全入院期間（ 1 日 ～ 15 日 ）		15	国	7	ウ	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									
	内訳	うち指定難病分（ 1 日 ～ 15 日 ）		15				100,050	70,035	30,015									
1 2 月	通院等	全体額（通院・院外薬局・訪問・訪問リハ・居宅）		3	国	7	ウ	30,020	21,014	9,006	9,010								
	内訳	うち指定難病外分						9,000	6,300	2,700									
	内訳	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																	
	内訳	うち指定難病分（ 日 ～ 日 ）																	
月	通院等	全体額（通院・院外薬局・訪問・訪問リハ・居宅）																	
	内訳	うち指定難病外分																	
	内訳	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																	
	内訳	うち指定難病分（ 日 ～ 日 ）																	
月	通院等	全体額（通院・院外薬局・訪問・訪問リハ・居宅）																	
	内訳	うち指定難病外分																	
	内訳	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									
	内訳	うち指定難病分		37						120,051									
	通院等	全体額（通院・院外薬局・訪問・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									
	内訳	うち指定難病分		3						6,306									

上記のとおり相違ないことを証明します。

指定医療機関 令和 〇年〇〇月〇〇日

所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地〇

名称 〇〇〇病院

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）

T E L 〇〇〇-〇〇〇〇

印

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
- 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（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。
 - 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た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。