

特定医療費（指定難病）支給申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

〒 ー
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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	
受給者（患者） 住 所 氏 名	
受任者（申請者と受領者が異なる場合は記入してください。） 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	フリガナ		年 齢	住 所		疾 患 番 号
	受給者氏名			受給者が申請者の場合は「同上」と記載		
			〒 ー			
受給者証有効期間			年 月 日～ 年 月 日			
申請理由(○で囲んでください)			受給者証交付・変更・その他()			
特定医療(指定難病)証明書			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	フリガナ	
			普 通 ・ 当 座 <small>◎貯蓄預金は指定できません。</small>		名 義 人	
					<small>◎受給者または受任者に限ります。</small>	

◎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）証明書の作成を依頼して、この申請書に添付してください。
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（健康保険の運営主体）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 振込先は、添付していただく預金通帳等の写しのとおりに記載し、誤りのないようご注意ください。