

「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。

申請をすることで、受給者証の自己負担上限額を超えて支払った金額などの払い戻し
を受けることができます。

(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の期間

(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（計算は月単位）

- ① 受給者証の自己負担上限額を超えた額
- ② 医療保険の自己負担が3割の方は、特定医療費の自己負担割合（2割）または、受給者証の自己負担上限額のいずれか小さい額との差額
- ③ 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
- ④ ③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。（問い合わせの多い事例）

- ア 受給者証受領後に「受給者証」や「自己負担上限額管理票」を提示せずに支払った医療費
- イ 自己負担が2割以下の方で、指定難病分の支払金額が受給者証の自己負担上限額以内のもの（例：自己負担2割、自己負担上限額5,000円で指定難病分の支払額4,000円の場合 等）
- ウ 「受給者証の有効期間の開始日よりも前」、「受給者証に記載のない病名」または「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(健康保険の運営主体)が払い戻します。詳細は保険者にお問い合わせください。
- 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」を超える場合の指定医療機関窓口での支払金額 等

不明な点は、県保健所または難病相談・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のもの）
で記入されている場合)
- ⑤ 振込先(金融機関名、本・支店名、口座種類、口座番号、名義人フリガナ)が確認できる預金通帳の該当部分等の写し
※ ネットバンク等で預金通帳をお持ちでない場合は、振込先が確認できる会員情報画面等の写しやキャッシュカード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最終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、指定医療機関受診の際に必ず提示してください。（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（患者）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、受領委任が必要となるため、必ず受給者（患者）欄（申請者欄下の囲みの中）に記入する。
また、申請者と受領者（口座名義人）が異なる場合は、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（患者）または受任者名義の口座とし、名義人欄にはフリガナをつける。
- ⑤ 記入漏れや誤りがないか再度確認の上、提出してください。

「特定医療費（指定難病）証明書」について

- ① 受診した指定医療機関（病院、院外薬局等）に記入、証明を依頼してください。
- ② 依頼する指定医療機関に「特定医療費（指定難病）証明書」と「指定医療機関の担当者様へ」（別紙2）をお渡しください。
- ③ 枚数が足りない場合は、コピーしてください。

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 X 年 Y 月 Z 日

〒 888 - 9999

申請者 住所 ○○市△△●丁目□□番◇◇号

氏名 鹿児島 一郎

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 000-0000-0000

※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 X 年 Y 月 Z 日

受給者（患者）住所 ○○市△△町□□番地◇
氏名 鹿児島 花子

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		
1 2 3 4 5 6 7	カゴシマ ハナコ		○○	〒 888 - 7777		○○○
	鹿児島 花子			○○市△△町□□番地◇		
受給者証有効期間			令和 X 年 Y 月 1 日～令和 X 年 Z 月 31 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			1 枚(令和 X 年 Y 月～令和 X 年 Z 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	
	相談銀行	支援センター支店	普通 当座 <small>◎貯蓄預金は指定できません。</small>	7654321	名義人 カゴシマ イチロウ 鹿児島 一郎 <small>◎受給者または受任者に限ります。</small>	

◎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。)
- 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。