|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | 年　　月　　日 |
| 請求者 | 住　所 | 〒 | |
| 氏　名 | （受給者との関係：　　　　） | |
| 電話番号 | （　　　　　） | |

青森県知事　殿

**（太枠のみ記入してください。）**

特定医療（指定難病）療養費請求書

特定医療（指定難病）療養費について、下記のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　　　円（　　　　年　　月～　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  | |  |  |  | | 受給者氏名 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義（請求者名義）※カタカナで記入 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | 本・支店名 | | | | | 種別 | 口座番号 | | | | | | | |
| 銀行・信金・信組  農協・漁協 | | | | | 店 | | | | | １　普通  ２　当座 |  | |  |  |  |  |  |  |

１　請求理由（該当する番号を○で囲んでください。）

１　申請中（新規・更新・変更）で医療受給者証が交付されるまでに医療費を支払ったため

　　２　医療受給者証又は自己負担上限額管理票を提示せずに受診したため

　　３　その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| **委任状**  委任者（受給者）　住所  氏名　　　　　　　　　　　印  私（受給者）は、下記の者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）療養費の請求及び受領に係る一切の権限を委任します。  受任者（代理人・請求者）　住所  　　　　　　　　　　　　　　氏名 |

**（裏面も必ずご覧ください。※記入事項もあります。）**

※県記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療年月 | 総医療費 | 自己負担額A | 高額療養費等給付額B | 自己負担上限額又は自己負担すべき額C | 支払決定額D=A-B-C |
| 年　　月分 |  |  |  |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  |  |  |
| 年　　月分 |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |

（裏面）

２　他制度の医療費助成状況

**以下の質問について、【　　　】の中で該当するものを○で囲んでください。**

（１）他の医療費助成制度（重度心身障害者・乳幼児・ひとり親等）の受給者証等をお持ちですか。

**【　　持っている　　・　　持っていない　　】**

　　　※「持っている」を○で囲んだ方は、別紙「自己負担申告書」又は市町村の支給決定通知書の写し等、他の医療費助成制度の助成額が分かる書類も提出してください。

（２）高額療養費の対象となっている場合、高額療養費限度額適用認定証を提出しましたか。

**【　　提出した　　　　　・　　提出していない　　　】**

※「提出していない」を○で囲んだ方は、先に保険者に高額療養費の請求を行ってから、その支給決定通知書等の写しも添付して請求してください。

**注意事項**

　①この請求書は、医療受給者証の有効期間内で、指定医療機関（薬局、指定訪問看護事業者等を含み

ます。）の窓口で自己負担した指定難病に係る医療費のうち、自己負担上限月額を超え、払い戻しあ

る場合に、県に対し支給を求めるものです。

　　ただし、下記の場合は、対象外となりますのでご注意ください。

**・保険給付の対象とならないもの**

**・（黄色の医療受給者証をお持ちの方の場合）**

**入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額**

　②１枚の請求書で３ヶ月分をまとめて請求できます。

　③「青森県特定医療費自己負担上限額管理票」を指定医療機関（薬局、指定訪問看護事業者等を含み

ます。）に記入していただいてください。

　④受給者以外の方が請求する場合は、表面の委任状に必要事項を記入してください。

**添付書類**

**＜必須書類＞**

|  |
| --- |
| 同意書（別紙様式）　※医療保険者に医療費の額を照会する際に必要となります。 |
| 特定医療受給者証の写し |
| 青森県特定医療費自己負担上限額管理票の写し  （今回の請求分について指定医療機関が必要事項を記入したもの） |
| 振込先（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人）が確認できる書類  （通帳の写し、キャッシュカードのコピー等） |

**＜該当する場合に提出する書類＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 他の医療費助成制度の受給者証等をお持ちの場合 | 助成を現物給付で受けている場合 | 自己負担申告書（別紙様式） |
| 助成を償還払いで受けている場合 | 市町村の支給決定通知書の写し等、他の医療費助成制度の助成額が分かる書類の写し |
| 高額療養費の対象となっている場合 | | 保険者の支給決定通知書等の写し |