

(太枠のみ記入してください。)

年 月 日

請求者	住所	〒
	氏名	(受給者との関係：)
	電話番号	()

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					

2 他制度の医療費助成状況

(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。
どちらかに○をしてください→【 持っている ・ 持っていない 】

※「持っている」に○をした方は、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) 医療保険の「高額療養費」の償還払い（いったん支払った額の一部を保険者から払い戻し）の対象になりますか。次のア、イ、ウのいずれかに○をしてください。

ア. 対象にならない（その月の医療費の自己負担の額が高額療養費の支給にならない額の場合。あるいは、その月の医療費の支払いが1つの医療機関の外来又は入院だけ、かつ、支払い額の軽減（現物給付）を既に受けている場合 等）

イ. 対象になっていて、すでに償還払いを受けた

ウ. 対象になるかどうかわからない

※ アの場合も、提出された書類の内容を県が確認した結果、償還払いが受けられる見込みの場合はその額を控除して特定医療の療養費の支払額を決定します。

※ イの場合は、支給決定通知書の写し等、額が分かる書類を提出してください。

※ イ又はウの場合で、その月に支払った医療費が指定難病にかかる額だけでなく、合算対象となる他の医療費（指定難病以外の医療費や、同じ医療保険に加入している家族の医療費）もある場合は、その総額と内訳（指定難病分の額とそれ以外の分の額の区別）が分かる書類（領収証のコピー等）をできるだけ全て提出してください。イの場合の支給決定通知書に総額の記載がある場合は省略可能です。

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た場合等、払い戻しがある場合に、県に対し支給を求めるものです。

ただし、下記の費用は、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

② 1枚の請求書で複数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でください。

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 等