

特定医療費(指定難病)支給申請書【償還払い】

< この申請について >

- 特定医療費支給認定開始日から医療受給者証が届くまでの間に、指定医療機関において支払われた医療費で、自己負担上限額を超えて支払われた方もしくは、窓口負担3割で支払われた方が対象です。申請される場合は、支給申請書の「裏面注意事項」と下記を確認してください。
- 医療機関ごとに1枚、また月ごとに1枚作成し申請してください。(複数枚必要な場合は、コピーしてお使いください。)
- 高額療養費支給対象となる場合は、ご加入の保険者で手続きをされてから申請してください。
- 確定申告をされる場合は、指定難病の医療費の払い戻し後に行ってください。すでに申告された場合は支給対象外となります。
- 支給を決定した医療費は、ご指定の振込先金融機関に約6か月後に振り込まれます。なお、振り込みは通帳記帳にてご確認ください。振込名義は「ナラケンコウスイシ」です。
- 受診の際は、必ず医療受給者証と自己負担上限額管理票を提示してください。受診時に自己負担上限額管理票の提出を忘れた場合は、県からの償還払いの対象外となりますので、ご注意ください。

申請に必要な書類

チェック	対象者	提出書類	説明
<input type="checkbox"/>	全員	特定医療費(指定難病)支給申請書【償還払い】	申請書上段の太枠内をご記入ください。申請書下段は指定医療機関で証明欄を記載してもらってください。記載方法については本紙裏面をご参照ください。
<input type="checkbox"/>	全員	高額療養費等支給状況の確認にかかる同意書	高額療養費や医療付加給付金の支給状況を確認するため、お住まいの市町村及びご加入の医療保険者に県から報告を求めることがありますので、同意をいただいています。
<input type="checkbox"/>	全員	指定医療機関が発行した領収書原本	保険点数の記載のあるものが必要です。 <u>原本を提出</u> してください。
<input type="checkbox"/>	該当者のみ	自己負担上限額管理票のコピー	申請該当月に自己負担上限額管理票に記載がある方は、その月のコピーを提出してください。
<input type="checkbox"/>	該当者のみ	各種保険者発行の高額療養費支給決定通知書(コピー可)	高額療養費(※)の対象となる方は手続きをお願いします。手続き後、保険者から高額療養費支給決定通知書が送付されますので提出してください。
<input type="checkbox"/>	該当者のみ	医療保険付加給付金支給決定通知書(コピー可)	健康保険組合や共済保険等で付加給付制度のある方は、給付決定通知書を提出してください。また、申請書裏面には健康保険組合(共済)名と電話番号を記入してください。
<input type="checkbox"/>	希望者のみ	領収書返却用封筒(宛名・切手付き)	確定申告等のため返却希望される場合、ご準備ください。なお、領収書の返却は医療費支給後となります。

※高額療養費制度については、現在加入されている健康保険組合、全国健康保険協会、市町村(国民健康保険、後期高齢者医療制度)、国民健康保険組合、共済組合までお問い合わせください。

申請書記載について(表面)

特定医療費(指定難病)支給申請書【償還払い】

奈良県知事 殿 *日付は必ずご記入ください (R3.4改訂)

令和 年 月 日

領収書を添え、下記のとおり特定医療費(指定難病)の支給を申請します。

申請者氏名 (受給者本人)	ふりがな	印	疾患名	
			電話番号	
申請者住所	〒 -			
振込先 金融機関	銀行コード		銀行・農協・信用組合・信用金庫	
	店番		支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ		口座番号	
	名義人			
委任欄	※申請者以外の口座を指定するときは、この欄に必ず署名してください 令和 年 月 私は、特定医療費の受領の権限を、代理人：(続柄：)に委任します。 申請者 印			
福祉医療制度等の受給 無・有 【障・こども(乳幼)・ひとり親・重・精】 ※該当するものに○をつけてください 【受給者のみなさまへ】裏面に注意事項がありますので、必ず読んでいただき、別紙 同意書をご記入下さい。				

必ず申請日をご記入ください。

押印してください。

振込先金融機関は原則受給者本人名義としてください。
(受給者以外の名義の場合は、委任欄を記入してください。)

下段は指定医療機関で記載してもらってください。

特定医療費(指定難病) 医療機関等証明欄 【 年 月分】(※1か月毎に記入)

公費負担者番号		認定開始年月日	平成・令和 年 月 日			
受給者番号		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)			
自己負担上限額	円	階層区分	適用区分			
福祉医療制度等の利用	無・有 【障・こども(乳幼)・ひとり親・重・精】					
加入保険の種類別	協会けんぽ・健組・共済・国保・国組・退職国保・後期高齢者		本人・家族			
健康保険負担割合 (割)	入院期間 または受診日	診療 日数	保険診療総医療点数		受給者自己負担額 (保険診療分のみ)	※保健所使用欄 (記入しないでください)
			※内訳として指定難病医療点数は上段、指定難病以外の医療点数は下段に記入ください			
入院	認定前医療費	日～日	総点数	点	円	円
	認定後医療費	日～日	総点数	難病 点 難病外 点	円	難病 円 難病外 円
	認定後入院時食事療養費 または入院時生活療養費	日～日	回	※平成29年12月31日までの入院の場合のみ 食事・生活療養費を記載(経過措置者)		円
通院	医療費	日	総点数	難病 点 難病外 点	円	難病 円 難病外 円
	院外処方薬剤費	日	総点数	難病 点 難病外 点	円	難病 円 難病外 円
	訪問看護利用料	日	総点数	難病 点 難病外 点	円	難病 円 難病外 円
合計(入院+通院)			総点数	難病 点 難病外 点	円	難病 円 難病外 円

上記のとおり指定難病にかかる治療を行ったことを証明します。
令和 年 月 日 指定医療機関名
所在地
代表者氏名 印
医療機関コード

申請書記載について(裏面)

- 高額療養費支給対象となる場合は、ご加入の健康保険組合等で手続きをして、高額療養費支給決定通知書等(コピー可)を添付してください。
- 健康保険組合等からの医療付加給付金がある場合は、支給決定通知書等(コピー可)を添付してください。
・健康保険組合(共済)名： _____
・健康保険組合(共済)電話番号： _____
- 特定医療費の支給額決定には、上記高額療養費や医療付加給付金等の支給状況を把握する必要があります。申請から医療費の支給までに約6か月程かかります。
また、支給状況の確認のため、お住まいの市町村及びご加入の医療保険者に報告を求めることがあります。

付加給付制度のある方は、健康保険組合(共済)名と電話番号を記入してください。

提出先・問い合わせ先

お住まいの地域を管轄する保健所へ提出ください(通知文に記載しています)。