

特定医療費（指定難病）支給申請書【償還払い・介護】

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 日			
	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。

※保健所記入欄

相手方コード			
--------	--	--	--

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） ・ ひひとり親 ・ 重 ・ 精】						
加入保険の種別	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	
介護保険負担割合 (割)		1か月の総 利用日数	左記のうち 認定期間内 の日数	認定期間内 の公費対象 となる総単 位数	1単位当 りの単価	受給者自己負担 額	※保健所使用欄 (記入しないでく ださい)
入所	介護療養型医療施設サービス 介護医療院サービス	日	日	単位	円	円	円
	訪問看護	日	日	単位	円	円	円
	訪問リハビリテーション	日	日	単位	円	円	円
	居宅療養管理指導	日	日	単位	円	円	円
合 計						円	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 介護保険事業者名
所在地
代表者氏名 印
医療機関コード

【受給者のみなさまへの注意事項】

1. この申請書は、認定開始日から医療受給者証が届くまでの間に指定難病の医療を受療し、保険診療で支払った額が、認定開始日から受給者証を使用できていた場合と比べて上回っている場合に、その差額分を請求するためのものです。

この用紙は、指定医療機関ごとに月1枚使用し、それぞれの指定医療機関で証明を受けてください。保険負担割合が1割または2割で同一月に指定難病の医療費として指定医療機関（医療機関・院外処方薬局・訪問看護ステーション）で支払った金額の合計が、自己負担上限月額に達していない方は差額が発生しませんので、提出不要です。

2. 申請の際は、同一月に指定難病の治療のため指定医療機関で支払った医療費の領収書（原本のみ）をすべてそろえて、自己負担上限額管理票の該当月のコピーと一緒に提出してください。

3. 確定申告等のため領収書の返却を希望する場合は、返信先の住所、宛名（申請者名）を記載し、返送に必要な金額分の切手を貼付した返信用封筒を申請書類と一緒に提出してください。時期により確定申告と重なることがあります。領収書の返却は特定医療費支給後となりますので、ご了承ください。

4. 申請者と振込先の口座名義人は原則受給者本人としてください。申請者（受給者）以外の口座を振込先に指定するときは、表面の委任欄に署名押印してください。

5. 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。

6. 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： _____

7. 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。そのため、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。

保健所使用欄

認定申請 受理日	申請種別	受給者証 発送日	指定医療機関	償還 申請日	領収書 返却希望
	新規 医追 変更				有・無

高額療養費等支給状況の確認にかかる同意書

特定医療費（指定難病）の支給を受けるにあたり、必要があるときは、私の居住する市町村や加入する医療保険者に、高額療養費や医療付加給付金、福祉医療等の支給状況につき、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

申請者氏名
(受給者氏名)

住所

申請者＝被保険者
国保
後期高齢 の場合は記入不要

被保険者氏名

住所
