

## 特定医療費(指定難病)請求書

長崎県知事 大石賢吾 様

※ご請求の際、請求月のうち【記入済み】の『自己負担上限額管理票』があれば添付してください。

※振り込み口座確認の為、通帳の金融機関名・支店名・口座名義人(フリガナ)がわかるページのコピーを添えてください。

※裏面の《同意書》も必ずご記入ください。

		請求日:令和 年 月 日	
請求者 (受給者)	住所	〒 _____ 電話番号( ) _____	
	フリガナ 氏名	_____ 印	受給者との続柄 ※受給者本人以外の方からのご請求は、本人死亡等の場合に限ります。またその場合は裏面の『申出書』の記入が必要です。
振込先	金融機関名	銀行 支店 ※「金融機関」には ゆうちょ銀行・〇〇信用金庫・〇〇信用組合・〇〇連合会 を含みます。	
	預金種別	普通・当座 (※貯蓄預金は指定できません)	口座番号 _____
	フリガナ 口座名義人	_____	【ご注意ください】 ご本人死亡等、特段の事情がある場合を除き、請求者とお振込み口座のお名義人様は、同じ方となります。異なる場合は、下記委任状が必要です。

請求金額	円	※支給決定額(県記入欄)	円
------	---	--------------	---

受給者番号		フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
		受給者氏名			年 月 日
自己負担上限額	円	マイナンバー			

加入医療保険	種別	国保・国保組合・後期・健保組合・共済組合・全国健康保険協会・生保 の【本人・家族】			
※該当する方のみ	健康保険組合・共済組合に加入している場合 ※右の項目に記入及び○をしてください。	保険者名	組合		
		保険者の連絡先	[保険者の電話番号]		
		附加給付金制度の有無	有・無	附加給付の支給基準額	円
	附加給付金支給状況	支給申請中・附加給付金支給済みである			
福祉医療費助成制度等の対象者 ※該当するものに記入及び○をしてください。	障害者( 級) / 児童・母子 / その他【  】の対象者である	福祉医療費支給状況	申請していない・現在申請中・支給済みである		

請求者と受領者(振込先の名義人)が異なる場合は、下記を記入してください

委任状			
私(請求者)は、受領者(振込先の口座名義人)を代理人と定め、特定医療費(指定難病)の請求及び受領を委任します。			
《請求者》住所	《受領者》住所		
氏名	印	氏名	印
		受給者との続柄( )	

## 注意事項

- この請求書は特定医療費(指定難病)の支給認定期間の開始日以降で、すでに支払った医療費のうち、自己負担上限額を超え払い戻しがある方のみご提出ください。※保険証による医療費の自己負担割合の差額返金を含みます。
- 請求書に、**医療機関等ごとの証明書(指定の様式)**を添えてご請求ください。領収書ではご請求できません。  
※請求月に受療した医療機関のうち『自己負担上限額管理票』に記載のある医療機関の証明書は不要です。  
代わりに【記入済み】の『自己負担上限額管理票』を請求書に添えてご提出ください。
- 自己負担上限額(月単位)が高額療養費制度の限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者(健康保険証の発行元)に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書のコピーを添付のうえ請求してください。  
※高額療養費は特定医療費(指定難病)の対象とはなりませんのでご注意ください。  
また、高額療養費制度については保険者(加入している医療保険の保険証の発行元)にお尋ねください。
- 請求金額欄は訂正することはできません(訂正印でも不可)。請求金額以外の項目を訂正する場合は訂正印が必要です。
- 算定の結果、ご請求額と支給決定額が異なる場合がございます。(『支給決定額』は県で記入します。)
- この請求書は、住所地を管轄する県立保健所へ提出してください。  
長崎市・佐世保市居住者は、長崎県国保・健康増進課へ提出してください(提出方法はいずれも持参もしくは郵送)。

《ご請求時、必ずご記入ください》

## 同意書

特定医療費(指定難病)を請求します。

なお、審査・決定に必要があるときには、私(受給者)の所得、課税、控除及び健康保険の加入状況、高額療養費申請(支給)状況、福祉医療費支給申請(支給)状況等について長崎県が関係機関に対して照会することに同意します。

令和 年 月 日

請求者(受給者)氏名 \_\_\_\_\_ 印

受給者との続柄( )

※受給者本人死亡の場合、下記の「申出書」の記入が必要です。

請求者(受給者)住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

《受給者死亡の場合、ご記入ください》

## 特定医療費(指定難病)請求に関する申出書

私、(請求者氏名: \_\_\_\_\_)は、故・(受給者名: \_\_\_\_\_)の相続代表人として特定医療費(指定難病)還付の代理請求を行い、医療費の還付を受けます。

令和 年 月 日

受給者氏名 \_\_\_\_\_ (死亡日:平成・令和 年 月 日)

請求者(振込先名義人)氏名 \_\_\_\_\_ 印

受給者との続柄( )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話 \_\_\_\_\_