

特定医療費請求書

連番（事務処理欄）

公費負担者番号	5	4	1	4				
受給者番号								
(ふりがな)受給者氏名								
生年月日	年 月 日							
振込先金融機関	銀行 金庫 信用組合 協同組合			支店 (支店番号：)				
振込先口座番号	1 普通 2 当座							
振込先口座名義人	カタカナで記入してください。							

太枠の中を記入し、医療機関から医療機関等記入欄を記入してもらってください。
 出来上がりましたら、お近くの保健所等にご提出いただくか、がん・疾病対策課までご郵送ください。
 ※介護保険を利用した場合の払戻し請求には、第9号様式「特定医療費（介護給付等）請求書」をご使用ください。

指定難病に係る特定医療費を請求します。 神奈川県知事 殿 請求日 年 月 日
請求者 氏名
請求者住所 〒 -
電話番号
患者との続柄

委任状欄（請求者及び口座名義人が、受給者でない場合にご記入ください。）

私は、下記の者を代理人と定め、特定医療費の（請求・受領）に関する権限を委任します。

代理人 住所
 ふりがな
 氏名

委任者 住所
 (患者) 氏名

- ・入院時の食事療養費は、公費負担がありません。
- ・指定医療機関でない医療機関での医療費は、払戻しをすることはできませんのでご注意ください。

特定医療費証明書（医療機関等記入欄）						有効期間開始日： 年 月 日から					
診療年月	自己負担割合	適用区分 (限度額認定証 やオンライン等 で確認した場合 は必ず記入して ください)	診療区分 (該当するもの に○を付けて ください)	診療日数	月の総点数 指定難病治療 と認められる 点数 (A)	患者からの 指定難病に 係る領収額 (B)	事務処理欄（記入しないでください。）				
							患者一部負担 相当額 (C)	B-C (D)	2割負担相当額 (A×2) (E)	B-E (F)	支給決定額 (DとFで 高い方)
年 月	__割		入院 外来 調剤 訪問看護	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	__割		入院 外来 調剤 訪問看護	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	__割		入院 外来 調剤 訪問看護	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	__割		入院 外来 調剤 訪問看護	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	__割		入院 外来 調剤 訪問看護	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	__割		入院 外来 調剤 訪問看護	日	点 点	円	円	円	円	円	円

備考欄（患者からの領収額が、点数×10×保険負担割合とならない場合などに、理由を記載してください。）

証明書発行手数料 (払戻金がある場合に限り、500円を限度として証明書発行手数料を払戻しできます)		円
上記のとおり領収していることを証明します。	年 月 日	連絡先電話番号（内線まで）：
医療機関 所在地	名称	代表者氏名
		担当部署、担当者：
		医療機関コード：
		(県記入欄) 小 証 計

申請者の方へ 【必ずお読みください】

●支給認定申請を行ってからお手元に医療受給者証が届くまでの間に、指定医療機関の窓口で自己負担限度額以上の支払や3割負担での支払をしている場合に、この請求書を利用して払戻し請求をすることができます。

●請求することができるのは、指定難病及び指定難病に付随して発生する傷病に関する医療並びに医療保険を使用した訪問看護に係る特定医療費に限ります。認定された指定難病に関わりのない治療（怪我や虫歯の治療など）や、保険適用外のサービス（差額ベッド代など）は払戻し請求の対象とはなりません。

●この証明書を使って払戻し請求を行う対象月に、既に特定医療費（指定難病）医療受給者証を使用して医療を受けた場合は、**特定医療費（指定難病）医療受給者証及び当該月の月額自己負担限度額管理票のコピーを添付してください。**

記載してある月額自己負担限度額の累計額を控除いたします。

●請求金額のうち、高額療養費該当分は控除して支給します。高額療養費の払戻しはこの請求書では請求することができません。

※高額療養費制度については、各医療保険の保険者（国民健康保険や健康保険組合など）にお問合せください。

●この請求書で受給者以外の方が払戻金を受け取る場合は、委任状欄をご記入ください。この場合、受給者が委任者、払戻金の受取人が受任者となり、双方の記名が必要です。なお、受給者がお亡くなりなりの場合は、口座名義人が相続人代表であることを確認できる書類（申立書等）及び口座名義人が法定相続人であること等の払戻金を受け取る権利を有することを証明する書類（戸籍謄本（写し）等）を添付してください。

●振込まで2か月程度かかります。振込先の銀行口座の通帳には、「ガン・シツペイタイサクカ」と記載されます。

【書類の送付先・問合せ先】

〒231-8588 （住所の記載は不要です）

神奈川県がん・疾病対策課 難病対策グループ

電話 045-210-4777（直通）

医療機関の方へ 【記載例】

月の総点数（上段）と、指定難病治療と認められる点数（下段）とをそれぞれ記載してください。指定難病に対する治療でも、医療受給者証の有効期間外の診療は対象とはなりません。

	診療年月	保険負担割合	適用区分 (限度額認定証やオンライン等で確認した場合は必ず記入してください)	診療区分 (該当するものに○印を付けてください)	診療日数	月の総点数		患者からの指定難病に係る領収額 (B)
						指定難病治療と認められる点数 (A)		
外来記載例	R7年1月	3割	ア	入院(外来) 調剤 訪問看護	10日	15,000点 10,000点	30,000円	
高額療養費該当時の記載例	R7年2月	3割	ウ	入院(外来) 調剤 訪問看護	2日	28,670点 28,670点	80,297円	
院外薬局記載例	R7年3月	3割	イ	入院(外来) 調剤 訪問看護	3日	10,000点 10,000点	30,000円	
訪問看護記載例	R7年4月	3割	オ	入院(外来) 調剤 訪問看護	10日	18,350円 18,350円	5,510円	
(70歳以上の方) 通院記載例	R7年5月	1割	イ	入院(外来) 調剤 訪問看護	3日	15,000点 15,000点	8,000円	