

## 特定医療費（指定難病）請求書（一般医療機関用）

福岡市長 様

年 月 日

請求者 住所

氏名

(受診者との続柄： )

電話番号 - -

特定医療費（指定難病）として下記のとおり請求します。

請求金額			円	
受診者	住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じのため省略（該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ）		
	氏名	生年月日	年 月 日生	( 歳)
	受給者証有効期間	年 月 日から	自己負担限度額	円
		年 月 日まで	受給者番号	
請求する理由 (○で囲む)	1 受診者の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った治療費の払い戻し 2 その他 ( )			
振込口座	金融機関名			本・支店名
				(ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)
	口座番号	普通・当座		フリガナ
				口座名義

※ 受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者）と請求者（受領者）が異なる場合は、下記を記入してください。

### 委任状

私は上記請求者 を代理人と定め、特定医療費（指定難病）（療養費払い）の

「請求 ・ 請求及び受領 」を委任します。

年 月 日

委任者（受診者） 住所

氏名

#### 【 記入上の注意 】

- ① 請求者は、左のページのみ記入してください。
- ② 治療費の「請求」又は「請求及び受領」を他者に委任する場合は、委任状欄に記入してください。
- ③ 様式右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関に記入してもらい、証明印をもらってください。

#### 【 添付書類 】

- ① 特定医療費（指定難病）受給者証
- ② 治療費領収書（原本）
- ③ 振込口座の通帳
- ④ その他の添付書類が必要となる場合がありますので、「特定医療費（指定難病）の請求をされる方へ」でご確認ください。

病院・医療機関		受診者の保険種別 (○で囲む)			国保一般・国組（本人・家族） ・ 国退（本人・家族） ・ 協会（本人・家族） 組合（本人・家族） ・ 共済（本人・家族） ・ 後期高齢 ・ その他 ( )		
【記入前に必ずお読みください】							
① 受給者証有効期間内の診療分のみ記載してください。							
② 証明対象は指定難病の治療に対する医療費のみです。							
③ 医療費のうち指定難病以外の治療が含まれるため、交付した領収書の総医療費と下記の証明額が異なる場合は、「難病外有」の欄に「○」を記入してください。							
1 医療保険分	月ごとに記入し、「外来」、「入院」、「訪問看護」、「介護予防訪問看護」の別で記入すること。 ※ 受給者証の有効期間内分についてのみ記入すること。						
	受療期間	サービスの別	総医療費 (点数×10円)	患者一部負担金	難病外有		
	年 月 日 ~ 日	外・入・看・予看	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	外・入・看・予看	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	外・入・看・予看	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	外・入・看・予看	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	外・入・看・予看	日 円	円			
2 介護保険分	月ごとに記入し、「入院」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」、「介護予防訪問看護」、「介護予防訪問リハビリテーション」、「介護予防居宅療養管理指導」の別で記入すること。（介護保険のその他のサービスは対象外） ※ 受給者証の有効期間内分についてのみ記入すること。						
	受療期間	サービスの別	総医療費	患者一部負担金			
	年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円			
	年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円			
上記のとおり、患者負担金については指定難病として認定されている疾患の治療のため、受診者より領収 済であり、公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。							
		年 月 日			医療機関コード		
		病院・医療所在地			( )		
		名称			( TEL )		
		病院・医療の長名			( 記入者 )		

《 請求者の方へ 》

- 記入する欄は請求者情報及び①の太枠の中です。  
(還付金の「請求」又は「請求及び受領」を他の方に委任する場合は、②も記入してください。)
- ③は医療機関に記入を依頼してください。
- 記入後、この請求書と領収書、受給者証、振込口座の通帳をご持参の上、各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

【自己負担割合が1割又は2割の方へ】

1か月間に指定難病の治療等でお支払いになった一部負担金の合計額が、月額自己負担上限額以下の月は、還付金はありませんのでご注意ください。

「例」 月額の自己負担上限額 : 10,000円  
 令和2年1月の1か月間の一部負担金の合計額 : 8,800円  
 8,800円 < 10,000円 なので、この月の還付金はありません。

様式第12号  
**特定医療費（指定難病）請求書（一般医療機関用）**  
 福岡市長 様 令和 5 年 4 月 1 日  
 請求者 住所 **福岡市中央区舞鶴2丁目5-1**  
 氏名 **福岡 花子**  
 (受診者との続柄: **妻**)  
 電話番号 **090 - 1234 - 5678**  
 特定医療費（指定難病）として下記のとおり請求します。

①

請求金額	円										
受診者	住所	福岡市中央区舞鶴2丁目5-1									
	氏名	福岡 太郎			生年月日	M・T 40年1月1日生 S H・R (55歳)					
受給者証有効期間	令和 1 年 12 月 5 日から	自己負担限度額	10,000 円								
	令和 2 年 10 月 31 日まで	受給者番号	1234567								
請求する理由(○で囲む)	① 受診者の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った治療費の払い戻し ② その他 ( )										
振込口座	金融機関名	〇〇銀行					本・支店名	〇〇支店 (ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)			
	口座番号	普通	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	フリガナ
	当座						フリガナ	福岡 花子			

※ 受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者）と請求者（受領者）が異なる場合は、下記を記入してください。

②

**委任状**

私は上記請求者 **福岡 花子** を代理人と定め、特定医療費（指定難病）（療養費払い）の「請求・請求及び受領」を委任します。  
 令和 5 年 4 月 1 日

委任者（受診者） 住所 **福岡市中央区舞鶴2丁目5-1**  
 氏名 **福岡 太郎**

【記入上の注意】

- 請求者は、左のページのみ記入してください。
- 治療費の「請求」又は「請求及び受領」を他者に委任する場合は、委任状欄に記入してください。
- 様式右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関に記入してもらい、証明印をもらってください。

【添付書類】

- 特定医療費（指定難病）受給者証
- 治療費領収書（原本）
- 振込口座の通帳
- その他の添付書類が必要となる場合がありますので、「特定医療費（指定難病）の請求をされる方へ」でご確認ください。

《 医療機関の方へ 》

- 受給者証有効期間内の診療分のみ記載してください。
- 証明対象は指定難病の治療に対する医療費のみです。
- 医療費のうち指定難病以外の治療が含まれるため、交付した領収書の総医療費と証明額が異なる場合は、「難病外有」の欄に「○」を記入してください。

③

<b>病院・医院記入欄</b>				
受診者の保険種別(○で囲む)	国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・協会(本人・家族)組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他( )			
【記入前に必ずお読みください】 ① 受給者証有効期間内の診療分のみ記載してください。 ② 証明対象は指定難病の治療に対する医療費のみです。 ③ 医療費のうち指定難病以外の治療が含まれるため、交付した領収書の総医療費と下記の証明額が異なる場合は、「難病外有」の欄に「○」を記入してください。				
1 医療保険分	月ごとに記入し、「外来」、「入院」、「訪問看護」、「介護予防訪問看護」の別で記入すること。 ※ 受給者証の有効期間内分についてのみ記入すること。			
受療期間	サービスの別	総医療費(点数×10円)	患者一部負担金	難病外有
4 年 12 月 5 日 ~ 27 日	外(入)・看・予看	23 日 505,000 円	151,500 円	○
5 年 1 月 7 日 ~	外(入)・看・予看	1 日 15,000 円	4,500 円	
5 年 2 月 1 日 ~ 15 日	外(入)・看・予看	5 日 75,000 円	22,500 円	
年 月 日 ~ 日	外・入・看・予看	日 円	円	
年 月 日 ~ 日	外・入・看・予看	日 円	円	
2 介護保険分	月ごとに記入し、「入院」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」、「介護予防訪問看護」、「介護予防訪問リハビリテーション」、「介護予防居宅療養管理指導」の別で記入すること。(介護保険のその他のサービスは対象外) ※ 受給者証の有効期間内分についてのみ記入すること。			
受療期間	サービスの別	総医療費	患者一部負担金	
年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日 ~ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
上記のとおり、患者負担金については指定難病として認定されている疾患の治療のため、受診者より領収済であり、公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支基金への請求をしていないことを証明します。				
令和 5 年 3 月 20 日	病院・医院所在地	福岡市西区内浜1丁目4-7		医療機関コード ( 4011234567 )
	名称	〇〇〇病院		( TEL 092-765-4321 )
	病院・医院の長名	病院長 西区 一郎		( 記入者 博多 )

〇〇〇  
病院長  
之印