

特定医療費（指定難病）請求書（調剤薬局用）

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 年 月 日まで					自己負担 限 度 額		円		
				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							

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・医院記入欄 指定難病の治療に要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）

発行年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
指定難病として認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。				
年 月 日		医療機関コード		
病院・医院所在地		()		
名称		(TEL)		
病院・医院の長名		(記入者)		

調剤薬局記入欄

受診者の保険種別 （○で囲む）	国保一般・国組（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 薬剤費の領収証明（月別に記入すること） ※ 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 (処方日)	総医療費 (点数×10円)	定率負担金	難病外有	備 考
年 月 日 ～ 日	日 円	円		
年 月 日 ～ 日	日 円	円		
年 月 日 ～ 日	日 円	円		
年 月 日 ～ 日	日 円	円		
年 月 日 ～ 日	日 円	円		
2 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収証明 ※ 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	総医療費	患者一部負担金	難病外有	備 考
年 月 日 ～ 日	日 円	円		
年 月 日 ～ 日	日 円	円		
上記のとおり、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		
調剤薬局所在地		()		
名称		(TEL)		
代表者名		(記入者)		

◀ 請求者の方へ ▶

- 1 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。)
- 2 ③は病院・医院に記入を依頼してください。
- 3 ④は調剤薬局に記入を依頼してください。
- 4 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
の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 13 号		特定医療費（指定難病）請求書（調剤薬局用）	
福岡市長 様		令和 4 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	<input checked="" 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	福岡 太郎			生年月日	M・T S H・R 40 年 1 月 1 日 生 （ 55 歳 ）				
	受給者証有効期間	令和 3 年 12 月 5 日 から	自己負担限度額		10,000 円					
		令和 4 年 10 月 31 日 まで	受給者番号		1234567					
	請求する理由 （○で囲む）	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座	1	2	3	4	5	6	7	
			フリガナ							7ケオカ ハナコ
			口座名義							福岡 花子

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）の請求及び受領を委任します。

令和 **4** 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】
- 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、証明印をもたせてください。
- 【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・医院の方へ ＞＞

処方箋の発行年月日を日別に記入してください。

◀ 調剤薬局の方へ ▶

- 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薬剤費のみです。
- 3 薬剤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

病院・医院記入欄		指定難病の治療に要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）			
発行年月日	4 年 1 月 7 日	4 年 2 月 2 日	4 年 2 月 15 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
<p>指定難病として認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。</p> <p>令和 4 年 3 月 20 日</p> <p>病院・医院所在地 福岡市西区内浜 1丁目4-7</p> <p>名称 ○○○病院</p> <p>病院・医院の長名 病院長 西区 一郎</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center;"> <p>○○○ 病院長 之印</p> </div> <p>医療機関コード (4011234567)</p> <p>(TEL 092-765-4321)</p> <p>(記入者 博多)</p>					

④

調剤薬局記入欄					
受診者の保険種別 (○で囲む)	国保一般・国組(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 薬剤費の領収証明(月別に記入すること) <u>※ 受給者証の有効期間内分についてのみ記入すること。</u>					
受 療 期 間 (処方日)	総医療費 (点数×10円)	定率負担金	難病 外有	備 考	
4 年 1 月 7 日 ～ 日	1 日 177.000 円	53.100 円			
4 年 2 月 2 日 ～ 15 日	2 日 355.000 円	106.500 円	○		
年 月 日 ～ 日	日 円	円			
年 月 日 ～ 日	日 円	円			
年 月 日 ～ 日	日 円	円			
2 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収証明 <u>※ 受給者証の有効期間内分についてのみ記入すること。</u>					
受 療 期 間	総医療費	患者一部負担金	難病 外有	備 考	
年 月 日 ～ 日	日 円	円			
年 月 日 ～ 日	日 円	円			
上記のとおり、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。 令和 4 年 3 月 20 日 調剤薬局所在地 福岡市中心区天神1丁目8-1 名称 〇〇〇薬局 代表者名 代表取締役 天神 一子 <div style="float: right; text-align: right;"> 医療機関コード (4041234567) (TEL 092-876-5432) (記入者 九州) </div> <div style="clear: both;"></div>					