

特定医療費（指定難病）請求書（訪問看護ステーション用）

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      | □ 請求者と同じのため省略（該当する場合は☑）                          |  |              |  |               |  |                |  |                    |  |  |  |
|                  | 氏 名      |                                                  |  |              |  | 生年月日          |  | 年 月 日生<br>( 歳) |  |                    |  |  |  |
|                  | 受給者証有効期間 | 年 月 日から<br>年 月 日まで                               |  |              |  | 自己負担<br>限 度 額 |  | 円              |  |                    |  |  |  |
|                  |          |                                                  |  | 受 給 者<br>番 号 |  |               |  |                |  |                    |  |  |  |
| 請求する理由<br>(○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<br>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<br>請求及び受領を委任します。<br>年 月 日<br>委任者（受診者） 住所<br>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。

|                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                        |                                                                       |  |                  |  |         |  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|---------|--|----|
| 訪問看護ステーション記入欄 特定医療費（指定難病）にかかる訪問看護・介護予防訪問看護の領収証明書                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                        |                                                                       |  |                  |  |         |  |    |
| 受診者の保険種別<br>(○で囲む)                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                        | 国保一般 ・国組（本人・家族） ・ 協会（本人・家族）<br>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】<br>① 受給者証有効期間内の診療分のみ記載してください。<br>② 証明対象は指定難病の治療に対する分のみです。                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        |                                                                       |  |                  |  |         |  |    |
| 1 医療保険分                                                                                                                                                                    |  | 月ごとに記入すること。<br>※ 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<br>(点数×10円) |  | 患者一部負担金 |  | 備考 |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・予看                                                                  |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・予看                                                                  |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・予看                                                                  |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・予看                                                                  |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 2 介護保険分                                                                                                                                                                    |  | 月ごとに記入すること。<br>介護保険の在宅サービスのうち、「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」だけが対象のため、それ以外のサービスについては記入しないこと。<br>※ 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 |  | 備考 |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・リハ・予看・予リハ                                                           |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・リハ・予看・予リハ                                                           |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・リハ・予看・予リハ                                                           |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        | 看・リハ・予看・予リハ                                                           |  | 日 円              |  | 円       |  |    |
| 上記のとおり、患者一部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、<br>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。<br>年 月 日<br>事業所所在地<br>名称<br>代表者名<br>医療機関コード<br>(<br>( TEL<br>( 記入者 |  |                                                                                                                                                                        |                                                                       |  |                  |  |         |  |    |
| 病院・医院記入欄 指定難病の治療に要する訪問看護指導書発行証明書                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                        |                                                                       |  |                  |  |         |  |    |
| 上記訪問看護療養費領収証明については、指定難病として認定されている疾患の治療のために発行した<br>訪問看護指示書によるものであることを証明します。<br>年 月 日<br>病院・医院所在地<br>名称<br>病院・医院の長名<br>医療機関コード<br>(<br>( TEL<br>( 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。
- ④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

様式第14号

特定医療費（指定難病）請求書（訪問看護ステーション用）

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              | <input checked="" type="checkbox"/> 請求者と同じのため省略 (該当する場合は <input 4"="" type="checkbox/&gt;)&lt;/td&gt;&lt;/tr&gt;&lt;tr&gt;&lt;td&gt;氏 名&lt;/td&gt;&lt;td colspan="/> 福岡 太郎 |                                                  |   |   |               |                          |   |   |      |          | 生年月日 | M・T 40 年 1 月 1 日生<br>S H・R ( 55 歳) |  |  |  |  |  |
|      | 受給者証有効期間         | 令和 4 年 12 月 5 日から<br>令和 5 年 10 月 31 日まで                                                                                                                                    |                                                  |   |   | 自己負担<br>限 度 額 | 10.000 円                 |   |   |      |          |      |                                    |  |  |  |  |  |
|      | 請求する理由<br>(○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<br>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<br>(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 | フクオカ 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 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。

＜＜ 訪問看護ステーションの方へ ＞＞

- 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分のみです。

＜＜ 病院・医院の方へ ＞＞

訪問看護ステーションが記載している証明が、指定難病として認定されている疾患の治療のために発行した訪問看護指示書によるものであることを確認して証明してください。

③

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |                                |         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------|----|
| 訪問看護ステーション記入欄 特定医療費（指定難病）にかかる訪問看護・介護予防訪問看護の領収証明書                                                    |                                                                                                                                                                        |                                |         |    |
| 受診者の保険種別<br>(○で囲む)                                                                                  | 国保一般・国組（本人・家族）・協会（本・ <u>家族</u> ）<br>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】<br>① 受給者証有効期間内の診療分のみ記載してください。<br>② 証明対象は指定難病の治療に対する分のみです。                           |                                                                                                                                                                        |                                |         |    |
| 1 医療保険分                                                                                             | 月ごとに記入すること。<br>※ 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<br>(点数×10円)               | 患者一部負担金 | 備考 |
| 4 年 2 月 2 日 ～ 4 日                                                                                   | <u>看</u> ・予看                                                                                                                                                           | 3 日 15.800 円                   | 4.740 円 |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                           | 看・予看                                                                                                                                                                   | 日 円                            | 円       |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                           | 看・予看                                                                                                                                                                   | 日 円                            | 円       |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                           | 看・予看                                                                                                                                                                   | 日 円                            | 円       |    |
| 2 介護保険分                                                                                             | 月ごとに記入すること。<br>介護保険の在宅サービスのうち、「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」だけが対象のため、それ以外のサービスについては記入しないこと。<br>※ 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 | 備考 |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                           | 看・リハ・予看・予リハ                                                                                                                                                            | 日 円                            | 円       |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                           | 看・リハ・予看・予リハ                                                                                                                                                            | 日 円                            | 円       |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                           | 看・リハ・予看・予リハ                                                                                                                                                            | 日 円                            | 円       |    |
| 年 月 日 ～ 日                                                                                           | 看・リハ・予看・予リハ                                                                                                                                                            | 日 円                            | 円       |    |
| 上記のとおり、患者一部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。 |                                                                                                                                                                        |                                |         |    |
| 令和 4 年 3 月 20 日                                                                                     | 事業所所在地 福岡市中央区天神1丁目8-1                                                                                                                                                  | 医療機関コード ( 4061234567 )         |         |    |
| 名称                                                                                                  | 〇〇〇訪問看護ステーション                                                                                                                                                          | 代表取締役 役之印 ( TEL 092-876-5432 ) |         |    |
| 代表者名                                                                                                | 代表取締役 天神 一子                                                                                                                                                            | ( 記入者 九州 )                     |         |    |

④

|                                                                        |                        |                        |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| 病院・医院記入欄 指定難病の治療に要する訪問看護指導書発行証明書                                       |                        |                        |
| 上記訪問看護療養費領収証明については、指定難病として認定されている疾患の治療のために発行した訪問看護指示書によるものであることを証明します。 |                        |                        |
| 令和 4 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 )             |