

特定医療費（指定難病）請求書

年 月 日

山形県知事 殿

(請求者) 〒

住所

TEL () -

フリガナ

受診者との続柄

氏名

()

- 発行責任者及び担当者は請求者と同じ。
- その他 ※下記についてご記入ください。(裏面参照)
- (発行責任者) 氏名 TEL
- (担当者) 氏名 TEL

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	診療月	年 月分
受給者番号		受診者 氏名	
送金用 振込口座	金融機関名	銀行・農協 信金・信組	本店 ・ 支店
	1.普通 2.当座	口座番号	
	口座名義人 (カナ)		

※ 請求者又は口座名義人が受診者と異なる場合は、下記の委任状の記入が必要です。

委 任 状	
私は、下記の者を代理人と定め、上記の特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。	
〔 受診者 氏 名 (印) 〕	〔 代理人 氏 名 (印) 受診者との続柄 () 〕

【添付書類】(①⑤は、交付を受けている場合のみ)

- ① 特定医療費を支払った月の特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票の写し
- ② 当該指定医療機関による証明書（様式第5号）(①の管理票に記載がある場合は不要です。ただし、記載がある場合であっても、自立支援医療制度等の公費負担医療を併用している場合は必要です)
- ③ 領収書の写し(①の管理票に記載があり、かつ指定難病以外の公費の併用がない場合は不要です)
- ④ 振込口座の預金通帳の表紙及び表紙を1枚めくった見開きページの写し
インターネット通帳などは口座情報が表示された部分を印刷したもの
必要な口座情報：金融機関・支店名、預金種別、口座番号、口座名義人（漢字・カナ）
- ⑤ 高額療養費支給決定書の写し（保険者から交付）
- ⑥ 受診者と請求者の相続関係を証明する書類（受診者が死亡している場合は必要です）

【県記入欄】

有効期間： . . . ~ . . .						
番号	指定医療機関名	医療費総額 (10割分) (円)	左記のうち 受診者の支 払額 (円)	負担割合に よる窓口負 担額 (円)	自己負担上 限額	県決定額
1					/	/
2						
3						
	合計					

請求金額の計算について

請求金額の計算方法は医療保険における自己負担割合によって違ってきますので、下記を参考に
して、正しい請求金額を御記入ください。

なお、領収書の『保険点数』を合計し、×10をした額が『医療費総額（10割分）』になります。

◆ **自己負担が1割の場合**（後期高齢者の方など） (円)

医療費総額 (10割分) ①	受診者の支払額 (①の1割) ②	自己負担上限額③	請求金額 ②-③

◆ **自己負担が2割の場合** (円)

医療費総額 (10割分) (イ)	受診者の支払額 ((イ)の2割)(ロ)	自己負担上限額 (ハ)	請求金額 (ロ) - (ハ)

◆ **自己負担が3割の場合**

(1) 支払額が自己負担上限額に達している場合 (円)

医療費総額 (10割分) (A)	受診者の支払額 ((A)の3割) (B)	公費負担した 場合の額 ((A)の2割) (C)	自己負担上限額 (D)	請求金額 (B) - (D)

(2) 支払額が自己負担上限額に達していない場合 (円)

医療費総額 (10割分) (A)	受診者の支払額 ((A)の3割) (B)	公費負担した 場合の額 ((A)の2割) (C)	自己負担上限額 (D)	請求金額 (B) - (C)

【請求者欄について】

請 求 者：請求をする方

発行責任者：請求書の発行にあたり責任を有する方

担 当 者：請求手続きの事務を担当する方

※請求者、発行責任者、担当者は同一人物でも構いません。