

特定医療費(指定難病)請求書

長崎県知事 平田 研 様

下記のとおり特定医療費(指定難病)を請求します。

なお、この請求に関して、長崎県が必要に応じ医療機関及び保険者等に対し照会することについて、同意します。

		請求日： 令和 年 月 日	
請 求 者	住 所	〒 市 郡 電話番号 ()	
	フリガナ 氏 名	受給者との続柄(該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【注意】	※押印漏れにご注意ください。 ※受給者本人以外の方からのご請求は、委任状(裏面)の記入が必要です ※受給者本人が死亡の場合は、申出書(裏面)の記入と、別途確認書類の提出が必要です	
振 込 先	金融機関名	銀行 本・支店 ※「金融機関」にはゆうちょ銀行・〇〇信用金庫・〇〇信用組合・〇〇連合会 を含みます	
	預金種別	普通 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人	<input type="checkbox"/>	過去に同様の請求をし、同じ口座を使用するため、 通帳コピーの添付を省略します ※該当する場合は☑を入れてください
	【注意】	※振込口座の名義人は、請求者と同一にしてください	

受給者氏名	※請求者と同じ場合は記載不要です		受給者番号							
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	自己負担上限額	円						

支給決定額(県記入欄)	円
※この欄には記入しないでください	

添 付 書 類	<ul style="list-style-type: none">◆ 振込口座が分かるもの(通帳の2ページ目など) ※過去に同様の請求をし前回と同じ口座を利用する場合は不要です◆ 医療機関が記載した特定医療費(指定難病)証明書 ※請求月に受療した医療機関のうち『自己負担上限額管理票』に記載のある医療機関の証明書は不要です◆ 自己負担上限額管理票のコピー(請求月と同月で管理票に記載がある場合)◆ 高額療養費制度の支給決定を受けた場合は、支給決定通知書のコピー
------------------	--

注意事項

- (1)この請求書は、医療受給者証を使わずに、指定医療機関の窓口で自己負担上限額を超える支払いや3割負担での支払いをした場合に、払い戻しの請求するためのものです。**該当する医療費がない時は提出の必要はありません。**
- (2)請求金額のうち、高額療養費該当分や付加給付があった場合は控除して支給します。高額療養費の払い戻しについては、加入している健康保険の保険者にお尋ねください。
- (3)この請求書は、長崎市・佐世保市にお住まいの方は「県国保・健康増進課」へ、その他地域にお住まいの方は「各県立保健所」へ提出してください。(郵送又は持参)

- 受給者と請求者（振込口座名義人）が異なる場合は、下記を記入してください。
(受給者が未成年で、申請者が保護者の場合は記入不要です。)

委任状

私(受給者)は、表面記載の請求者を代理人と定め、特定医療費(指定難病)の請求及び受領を委任します。

◀委任者(受給者)▶

住所 市
郡

氏名

印

- 受給者が死亡の場合は、下記を記入してください。
(請求者が相続人であることが分かる書類の写し(戸籍謄本等)を添付してください。)

申立書

私(請求者)は、故・受給者の相続代表人として、特定医療費(指定難病)の代理請求を行い、医療費の還付を受けます。

なお、本件につきまして、万が一、他の相続人と紛議が生じても相続人間で解決するものとし、私が一切の責任を負うことを申し立てます。

令和 年 月 日

受給者氏名 (死亡日：令和 年 月 日)

請求者(振込口座名義人)

氏名

印

受給者との続柄(該当するものに☑)

配偶者 子 父母

兄弟・姉妹 その他()

住所 市
郡

電話

特定医療費(指定難病)請求書

ご記入時の注意事項

長崎県知事 平田 研 様

下記のとおり特定医療費(指定難病)を請求します。
 なお、この請求に関して、長崎県が必要に応じ医療機関及び保険者等に対し照会することについて、同意し

請求者		請求日： 令和 年 月 日	
フリガナ	市 郡	電話番号	—
氏 名		印鑑の押し忘れにご注意ください。(認印可)	印
		申請者との続柄 (該当するものに☑)	
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母	
		<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※押印漏れにご注意ください。 ※受給者本人以外の方からのご請求は、委任状(裏面)の記入が必要です ※受給者本人が死亡の場合は、申出書(裏面)の記入と、別途確認書類の提出が必要です			
振込口座の名義人は、請求者と同一にしてください。	銀行	本・支店	
	※「金融機関」にはゆうちょ銀行・〇〇信用金庫・〇〇信用組合・〇〇連合会 を含みます		
種別	普通 当座	口座番号	
フリガナ		過去に同様の請求をし、同じ口座を使用するため、通帳	
口座名義人		<input type="checkbox"/> コピーの添付を省略します	
		※該当する場合は☑を入れてください	
【注意】 ※振込口座 以前、療養費の請求をしたことがある方で、以前と同じ口座への振込を希望される場合は、通帳のコピーは不要です。			
受給者氏名	※請求者と同じ	受給者番号	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 年 月 日	自己負担上限額	円

支給決定額 (県記入欄)
 ※この欄には記入しないでください

金額は記入しないでください。(県で計算のうえ記入します。)

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 振込口座が分かるもの(通帳の2ページ目など) ※過去に同様の請求をし前回と同じ口座を利用する場合は不要です ◆ 医療機関が記載した特定医療費(指定難病)証明書 ※請求月に受療した医療機関のうち『自己負担上限額管理票』に記載のある医療機関の証明書は不要です ◆ 自己負担上限額管理票のコピー(請求月と同月で管理票に記載がある場合) ◆ 高額療養費制度の支給決定を受けた場合は、支給決定通知書のコピー 	必要な添付書類がありますので、ご提出ください。
------	---	-------------------------

注意事項

- この請求書は、医療受給者証を使わずに、指定医療機関の窓口で自己負担上限額以上の支払いや3割負担で合に、払い戻しの請求するためのものです。該当する医療費がない時は提出の必要はありません。
- 請求金額のうち、高額療養費該当分や付加給付があった場合は控除して支給します。高額療養費の払い戻ししている健康保険の保険者にお尋ねください。
- この請求書は、長崎市・佐世保市にお住まいの方は「県国保・健康増進課」へ、その他地域にお住まいの方は「各県立保健所」へ提出してください。(郵送又は持参)

【注意事項】をご一読ください。

該当する方のみ、裏面への記載をしてください。

■受給者と請求者（振込口座名義人）が異なる場合は、下記を記入してください。

(受給者が未成年で、申請者が保護者の場合は記入不要です。)

委任状

私(受給者)は、表面記載の請求者を代理人と定め、特定医療費(指定難病)の請求及び受領を委任します。

「請求者が受給者と異なる場合は、「委任状」に記入してください。」

「印鑑の押し忘れにご注意ください。(認印可)」

「印」

住所 _____ 市 _____ 郡 _____

氏名 _____

■受給者が死亡の場合は、下記を記入してください。

(請求者が相続人であることが分かる書類の写し(戸籍謄本等)を添付してください。)

申立書

私(請求者)は、故・受給者の相続代表人として、特定医療費(指定難病)の代理請求を行い、医療費の還付を受けます。

「受給者が死亡の場合は、「申立書」に記入してください。」

「印鑑の押し忘れにご注意ください。(認印可)」

「印」

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者氏名 _____ (死亡日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

請求者(振込口座名義人) _____ (この住所(該当するものに☑))

氏名 _____ 配偶者 子 父母

住所 _____ 兄弟・姉妹 その他(_____)

市 _____ 郡 _____

電話 _____

※振込先に【ゆうちょ銀行】の口座を指定する場合

使用欄

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください

【店名】七六八(読み ナナロクハチ)

【店番】768 【預金種目】普通預金 【口座番号】1234567

通帳の下部に記載の、店名・口座番号をご記入ください。