

# 特定医療費請求書

愛知県知事殿

年 月 日

特定医療費の償還を請求します。

※太枠で囲まれた部分を全て記入してください。

請求者	フリガナ							
	口座名義人							
	フリガナ							
	住所	〒 _____ - _____						
	電話番号	( _____ ) - _____						
	請求者名義の口座	銀行コード <small>(金融機関名)</small>	支店番号 <small>(支店名)</small>			口座番号		
銀行・信金・信組・農協・漁協・労金		支店		1 普通 2 当座				

※金融機関にはゆうちょ銀行(銀行コード:9900)も含まれます。

患者氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号	_____
有効期間	年 月 日から	年 月 日	自己負担上限額 (月額)	_____ 円	

※受給者証に記載されているとおり記入してください。

医療費証明書提出一覧(添付する医療費証明書の医療機関・薬局・訪問看護ステーション名を全て記入してください)

1		4	
2		5	
3		6	

医療費証明書 計 枚

※決定額 (愛知県記入欄)
------------------

※この欄は記入しないでください

※確認欄1
-------

※確認欄2
-------

請求者が患者(患者が18歳未満の場合は保護者)以外の場合は、委任状が必要です。

## 委任状

私(委任者)は下記の受任者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受任者 住所 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

# 特定医療費請求書（記入例）

注意事項を確認のうえ  
記入してください。

愛知県知事殿

令和●年 ●月 ●日

特定医療費の償還を請求します。

※太枠で囲まれた部分を全て記入してください。

請求者	フリガナ	アイチ タロウ			振込先の口座情報を記入してください。 患者が18歳以上かつ 請求者が患者本人でない場合は 用紙下の委任状への記入が必要です。		
	口座名義人	愛知 太郎					
	フリガナ	ナゴヤシ ナカク サンノマル					
	〒	460	-	8501			
	住所	名古屋市中区三の丸3-1-2				通帳等を確認のうえ 記入してください。 不明な場合は金融機関へ お問い合わせください。	
	電話番号	(052) 954-6270					
請求者名義の口座	銀行コード	9900	支店番号	218	口座番号	1 普通 2 当座 1234567	
	(金融機関名)	ゆうちょ	(支店名)	二一八	支店		
		銀行・信金・信組・農協・漁協・労金					

※金融機関にはゆうちょ銀行（銀行コード：9900）も含まれます。

患者氏名	愛知 花子	生年月日	昭和 40年 1月 1日	受給者番号	9999999
有効期間	令和6年10月1日から令和7年9月30日		自己負担上限額 (月額)	10,000	円

※受給者証に記載されているとおり記入してください。

～略～

請求者が患者（患者が18歳未満の場合は保護者）以外の場合は、委任状が必要です

患者欄は  
受給者証を確認のうえ  
必ず記入してください。

## 委任状

私（委任者）は下記の受任者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。

委任者 住所 名古屋市中区三の丸3-1-2

氏名 愛知 花子

受任者 住所 同上

氏名 愛知 太郎

続柄 夫

請求者（振込先口座名義人）が  
患者本人でない場合記入してください。  
(患者が18歳未満かつ請求者が  
患者の保護者である場合のみ、記入は不要です。)

### 《注意事項》

#### 1. この請求書で請求できる医療費について

認定された疾病及びその疾病に付随して発症した傷病に係る医療費に限ります。  
保険適用外(文書料等)は給付対象外です。

償還される金額は、受給者証の有効期間内に支払った認定された疾病にかかる医療費のうち、

##### ・医療保険の負担割合が3割の方

⇒①医療費総額の1割(自己負担割合が3割から2割に軽減されるため)

②①を給付後の医療費と受給者証に記載された自己負担上限額(月額)との差額

##### ・医療保険の負担割合が1割・2割の方

⇒受給者証に記載された自己負担上限額(月額)を超えた医療費

受給者証記載の自己負担上限額 > 高額療養費制度の自己負担限度額である場合は加入している健康保険へ請求を行ってください。

#### 2. 請求書に添付する書類について

請求書には認定疾患の診療費であることを証明する特定医療費証明書及び、

医療機関でのお支払いを確認する領収書原本の添付が必要です。

(写しでの提出、請求書やクレジットカード売上票など支払いや診療点数を確認できない書類の提出は不可)

認定疾患について診療を受けた全ての医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションで証明を受けてください。

(証明及び領収書の両方が揃っていないものについては特定医療費が償還されません。)

領収書の返却を希望される場合は、返信用封筒(切手貼付し、送付先を記載したもの)を同封してください。

#### 3. 請求書送付先・問合せ先

〒460-8501 愛知県健康対策課 難病企画・給付グループ

TEL052-954-6270