

年 月 日

●太線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											受給者との 続柄						
	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						支店番号					口座番号						
	(金融機関名)						(支店名)				1 普通 2 当座							
銀行・信金・信組・農協・漁協・労金						支店												

[illegible]

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		2	
3		4	

※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、特定疾患医療給付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

＜請求者の方へ＞

1 承認期間中における血清肝炎・肝硬変の治療費用について、医療機関等の窓口で医療費の軽減を受けることができなかった場合には、この請求書を使用して、愛知県知事に対し、医療費の償還払いの請求ができます。

2 高額療養費制度の対象となる場合、この請求書で償還される金額は高額療養費制度の自己負担限度額までとなりますので、この請求とは別に、加入している健康保険へ高額療養費の払い戻し請求を行ってください。

4 償還払いの請求には**特定疾患(血清肝炎・肝硬変)医療費証明書が必要です**。血清肝炎・肝硬変について診療を受けたすべての医療機関、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。(証明がない医療費については、特定疾患医療給付事業費は給付されません。)

5 請求書には、**領収書(原本)**を添付してください。
領収書(原本)の返却を希望される場合は、**請求書提出時に返信用封筒及び切手を同封してください**。

6 振込金額、振込予定日が決定しましたら、県からお知らせを発送します。

7 請求書送付先・問い合わせ先

〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課 難病企画・給付グループ

TEL 052-954-6270

【記入例】

●太線で囲まれた部分を全て記入してください。

請求者	口座名義人	愛知 太郎		受給者との続柄	本人
	フリガナ	ナゴヤシナカク サンノマル3-1-2			
	住所	〒 4 6 0 - 8 5 0 1			
		名古屋市中区三の丸三丁目1-2			
	電話番号	(052) 954 - 6270			
請求者名義の口座	銀行コード (金融機関名)	0 0 0 5	支店番号 (支店名)	1 1 1	口座番号
	三菱UFJ 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金		三の丸 支店	1 普通 2 当座	1 2 3 4 5 6 7

●金融機関にはゆうちょ銀行(銀行コード:9900)も含まれます。

受給者氏名	愛知 太郎	生年月日	昭和33年1月1日	受給者番号	1 8 9 9 9 9 9
承認期間	令和〇〇年10月1日から令和〇〇年9月30日			自己負担上限額 (月額)	10,000 円

●受給者票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	〇〇病院	2	××薬局
3		4	

医療費証明書 計 2 枚

※ ゆうちょ銀行を指定される方へ

ゆうちょ銀行を指定する場合、支店番号を3桁、口座番号7桁で記入してください。

(参考)

欄2

【この請求書で請求できる医療費について】

受給者票の有効期間内に支払った認定された疾病(血清肝炎・肝硬変)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)

② ①を給付後の医療費を受給者票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

⇒受給者票に記載された自己負担上限額(月額)を超えた医療費

(ただし、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。保険適用外のサービスや分書料等は給付対象