

特定疾患医療給付事業費請求書

愛知県知事殿

年 月 日

特定疾患医療給付事業に係る医療費公費負担分を請求します。

受付印

支給決定額 (愛知県記入欄)	円
-------------------	---

※この欄は記入しないでください。

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

※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		生年月日	年 月 日	受給者番号										
承認期間	年 月 日 から 年 月 日まで			階層 区分										

※受給者票に記載されているとおり記入してください。

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特定疾患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 償還払いの対象となる医療費は、認定された特定疾患についての保険診療分の医療費に限ります。認定された特定疾患以外の治療（ただし、スモンを除く。）や保険適用外サービス（差額ベッド代など）、診断書等の文書料などは給付の対象になりません。
- 3 高額療養費制度の自己負担限度額を超える医療費は御加入の健康保険から給付されますので、この請求とは別に、御加入の健康保険へ高額療養費制度の払戻し請求を行ってください。
- 4 御加入の健康保険から付加給付の給付がある場合は、特定疾患医療費証明書（様式8-1-1）の付加給付欄に金額を記入し、保険者からの通知等の写しを添付してください。
- 5 償還払いの請求には**特定疾患医療費証明書（様式8-1-1）**が必要です。受診された医療機関又は調剤薬局で証明を受けてください。
- 6 請求書には、**医療機関又は調剤薬局発行の領収書（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。
- 7 振込みは、県が請求書を受付けた月の翌月末日の予定です。（県からの通知はありませんので、通帳で確認してください。）
- 8 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