

特定医療費（指定難病）請求書

平成 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

Ⓜ ()

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。

<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>受診者 氏 名</p> </div>	Ⓜ	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>代理人 氏 名</p> <p>受診者との続柄 ()</p> </div>	Ⓜ
--	---	---	---

【添付書類】（①④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と領収書（①の管理票に記載がある場合は、不要です）
- ③ 振込口座の預金通帳の表紙の写し
- ④ 高額療養費支給決定書の写し（保険者から交付）

【県記入欄】

新規承認日：H . . ~			経過措置： 有 ・ 無			
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変わってきますので、下記を参考に、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**（高齢受給者証をお持ちの方など） (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)