

## 特定医療費（指定難病）請求書

年 月 日

大分県知事 殿

請求金額 金 円

受給者	受給者番号		有効期間	自 至	年 月 日	
	ふりがな		生年月日	年 月 日生（満 歳）		
	氏 名					
	住 所	〒				
	自己負担 上限額	円			保険の付加給付の有無	有 ・ 無
					付加給付額	円
医療保険	種別	国保 健保 後期高齢 国保組合	保険者名			
請求者	氏 名 (口座名義人)	ふりがな			受給者 との続柄	
		氏名				
	住 所	〒				
	支払方法	1 受給者の口座に振込 2 下記委任状により委任された者の口座に振込				
	請求理由	1 受給者証の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し 2 自己負担上限額変更によって生じた支払った額の払い戻し 3 その他（ ）				
振込口座	銀行 支店 信用金庫・信用組合 本店 出張所 農業協同組合 代理店 漁業協同組合			※委任された者の口座に振込を希望する場合、請求者と下記委任状の代理人を同一として下さい。		
	普通・当座	口座番号				
委任状						
私（受給者）は、下記の者を代理人と定め、大分県からの特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。						
受給者  氏名			代理人  住所  氏名			

## 注意事項

- 特定医療費（指定難病）証明書を指定医療機関（薬局、指定訪問看護事業者等を含む。）に証明してもらい、添付してください。
- 特定医療費（指定難病）受給者証、自己負担額管理票、健康保険証、預金通帳（金融機関名 振込口座情報の記載された部分）の各写しを添付してください。
- 自己負担額（月単位）が高額療養制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、当該請求の対象となりませんので、保険者に高額療養費の請求を行ってください。
- 「請求者・振込先（名義人）」が異なる場合は委任状（この用紙に記載するところがあります）が必要です。  
（ただし、受給者が未成年の場合は、保護者との関係が証明できるもの（住民票・保険証等）を添付すればそれに代えることができます。）