

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 年 月 月 日 日			
	ふりがな							生年月日	大正昭和平成令和 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 本店 信用金庫・信用組合 支店 農業協同組合 出張所 漁業協同組合 代理店						※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

1 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。

2 特定医療費（指定難病）受給者証、自己負担額管理票、医療保険の資格情報が確認できる書類、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。

3 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。

4 「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。）