

特定医療費給付請求書

太枠内を記入してください。

添付書類を元に計算が必要なため、他の項目をご記載のうえあらかじめ保健福祉事務所にご相談ください。

長野 保健福祉事務所長 様

平成30年 3月 20日

請求の内容について、必要があるときは保健福祉事務所が保険者及び医療機関等に照会を行い、回答を得ることに同意のうえ、特定医療費を以下の内容により請求します。

請求金額 12,345 円

(〒381-0000)

請求者 住所 長野市0001-2-3

氏名 長野 太郎

印 電話番号 090-1234-****

請求は原則として受給者（受診者または受診者が18歳未満の場合の保護者）が行ってください。

※受領を委任をする場合は裏面の委任状に記入してください。

受領方法 (請求者本人)	口座振込	金融機関名	〇〇	銀行・信用金庫 信用組合・農協	〇〇	店	口座振込 口座名義人	フリガナ	ナガノ タロウ			
		預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人
	銀行窓口での受領				銀行				支店			

受診者氏名	長野 太郎	受給者番号	1234567
-------	-------	-------	---------

請求対象診療年月	平成29年 11月 ~ 平成30年 2月診療分		
特定医療費証明書 提出医療機関	1. 〇〇病院	2. △△薬局	
	3. □□訪問看護ステーション	4.	

※記載した医療機関の特定医療費証明書をすべて添付して保健福祉事務所へ提出してください。

【請求者の方へ】

1 指定難病に係る認定期間内の医療適用者は平成29年12月31日以前の場合には当該額を差し引いて給付を

請求の対象となる医療機関名を記載し、そのすべての医療費証明書（様式第11号-2又は3）を添付してください。

月31日までの経過的特例療養費等の給付が受けられ

2 請求は原則として受給者（受給者）が行ってください。受給者の法定提出をお願いする場合があります。支給額の受領を別の方に委任する場合は裏面の委任状に記載をしてください。

歳未満の場合はその保護、関係を証明する書類等の

3 請求の対象となる医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに「特定医療費証明書」を記載してもらい、添付してください。

4 新規に認定になったときを除き、本請求書に証明されている月分の「特定医療費自己負担上限額管理票」の写しをあわせてご提出ください。（支払額を決定する際に自己負担額の月額累積額を確認する必要があります。）

5 本事業の医療給付を受ける前に、「予防接種健康被害救済制度」又は「医薬品副作用被害救済制度」の規定に基づき、本事業の対象となる疾患の治療に関する医療費の給付を受けた場合、この額を控除して給付しますので、「支給決定通知書」の写しと「請求書又は受診証明書」の写しを添付してください。

他の方に受け取りを委任する
場合のみ記入してください。

(この欄は受領を委任する場合のみ記入してください。)

委任状

私は、当該請求に係る受領を次の者に委任します。

委任先 (〒 -)
(受領者) 住所

氏名

年 月 日

委任者 (〒 -)
(請求者) 住所

氏名

印

受 領 方 法 (受領者本人)	振込 口座	銀行名	銀行・金庫 信用組合・農協				店 所	フリガナ
		預金種別	普通 ・ 当座	口座番号				口座 名義 人
銀行の窓口での受領		銀行				支店		