

特定医療費（指定難病）請求書（自己負担上限額差額請求用）

年 月 日

栃木県知事 様

請求者 住所

電話番号 \_\_\_\_\_

(氏名がな) 氏名

受給者との続柄 ( )

振込口座 金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_

預金種目（普通） 口座番号（請求者名義）

○受給者と請求者が異なる場合は、必ず記入してください。ただし、受給者が未成年、請求者が保護者の場合には、記入は不要です。

私（受給者）は、上記請求者に対し、特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。

年 月 日

受給者 住所

氏名

自己負担上限月額の変更に伴い、上限月額を越えて支払った自己負担額として、次のとおり請求します。

Table with 4 columns: 支払年月, 変更前の受給者証の自己負担上限月額, 現在の受給者証の自己負担上限月額, ※助成額. Rows for years 年 月.

Table with 1 column: ※決定額

※県が記入する欄

※欄は記入しないでください。

- 1 黒色ボールペン又は黒インクを使用して、記入してください。（鉛筆書き等では受理できません。）
2 請求時には、①加入する健康保険証、②振込先口座の預金通帳、③受給者証、④窓口支払額（自己負担額）を確認できる自己負担上限額管理票（該当月が確認できるもの）を必ず持参してください。
3 窓口支払額が、変更後の自己負担上限月額に満たない場合は、請求することはできません。
4 医療機関証明欄は、受給者証提示忘れ等により、自己負担上限額管理票に窓口支払額（自己負担額）の記載がない（出来なかった）場合のみ、医療機関に記載・証明を依頼してください。

【医療機関証明欄】 この欄は、自己負担上限額管理票に窓口支払額（自己負担額）の記載がない場合のみ、医療機関に記載・証明を依頼してください。

Table with 4 columns: 受給者番号, 受給者氏名(患者氏名), 指定難病疾病, (blank)

保険診療証明 (公費対象開始日 年 月 日～) (患者生年月日・年齢 年 月 日: 歳)

Table with 2 main columns: 公費負担対象の総点数、金額 (対象疾病に要した医療費総額等), 左記のうち患者の窓口支払額. Rows for years 年 月.

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地 医療機関等 名称 代表者名 TEL

←太線内は医療機関等において記入してください