

特定医療費（指定難病）請求書（医療保険用）

栃木県知事

様

年 月 日

〒

請求者 住 所

電話番号 _____

(氏名がな)

氏 名 _____ 印 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） _____

患者加入保険の種類 組・共・協・船・国・退・後・その他 (本人 ・ 家族)

※債権者コード

※住所コード

※金融機関コード

○組合健保、共済、国保組合の場合は下欄に必ず記入してください。

附加給付の有無 (有 ・ 無)

保険者名称及び番号 ()

○後期高齢者医療被保険者証、または国民健康保険高齢受給者証発行者
負担割合 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)

○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

印

年 月診療分の特定医療費（医療保険分）として、次のとおり請求します。

受給者番号	受給者氏名 (患者氏名)	指定難病疾病名	窓口支払額合計 ※附加給付等控除前の額	請 求 額 ※附加給付等控除後の額
			※	※

保 険 診 療 点 数 証 明				
診療月	年 月	〔当月の医療保険対象総点数 入院 点〕 外 来 点〕		
(公費対象開始日		年 月 日～)	(高額かつ長期認定開始日 年 月 日～)	
		(患者生年月日・年齢 年 月 日： 歳)		
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		患者自己負担上限額 (医療受給者証を参照)
入院	日 点	入院	円	月額 (円)
標準負担額(食事) (入院時生活療養費)	食 円 食 円 日 円	標準負担額 (食事及び入院時生活療養費)	円	
外来	日 点	外来	円	
薬剤	日 点	薬剤	円	
基本利用料(訪問看護)	日 円	訪問看護	円	

本書のとおり証明します。

年 月 日

医療機関等

所 在 地

名 称

代表者名

TEL

印

- ※欄は記入しないでください。
- 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。)
- 請求時には、印鑑(簡易スタンプ印以外)、加入する健康保険証、受給者証、振込先口座の預金通帳をご持参ください。
- 高額療養費は、この請求書では支払えませんので、保険者(健康保険証発行者)へお問い合わせください。
- 保険診療点数証明欄は治療を受けた医療機関等において、記入を依頼してください。

医療機関等へのお願い

- 保険診療点数証明欄は当該月の特定医療費(指定難病)の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額について、それぞれ記入してください。
- 複数月の診療分を記載する場合は、裏面に記入してください。
- この用紙は、指定医療機関(病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション)ごとに一機関一枚必要です(複数の機関は一枚では証明できません)。また、用紙が足りない場合には、必要枚数をコピーし、ご使用ください。

←太線内は医療機関において記入してください

年 月診療分の特定医療費（医療保険分）として、次のとおり請求します。

窓口支払額合計 ※附加給付等控除前の額	請求額 ※附加給付等控除後の額
※	※

診療月		年		月		保険診療点数証明		〔当月の医療保険対象総点数		入院 外 来		点 点〕			
						(患者生年月日・年齢		年		月		日： 歳)			
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				患者自己負担上限額 (医療受給者証を参照)							
入院				日 点				入院				円			
標準負担額(食事) (入院時生活療養費)				食 食 円 円 円 円				標準負担額 (食事及び入院時生活療養費)				円			
外来				日 点				外来				円			
薬剤				日 点				薬剤				円			
基本利用料(訪問看護)				日 円				訪問看護				円			
								月額 (円)							

←本線内は医療機関等において記入してください

年 月診療分の特定医療費（医療保険分）として、次のとおり請求します。

窓口支払額合計 ※附加給付等控除前の額	請求額 ※附加給付等控除後の額
※	※

診療月		年		月		保険診療点数証明		〔当月の医療保険対象総点数		入院 外 来		点 点〕			
						(患者生年月日・年齢		年		月		日： 歳)			
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				患者自己負担上限額 (医療受給者証を参照)							
入院				日 点				入院				円			
標準負担額(食事) (入院時生活療養費)				食 食 円 円 円 円				標準負担額 (食事及び入院時生活療養費)				円			
外来				日 点				外来				円			
薬剤				日 点				薬剤				円			
基本利用料(訪問看護)				日 円				訪問看護				円			
								月額 (円)							

←本線内は医療機関等において記入してください

- ※欄は記入しないでください。
 - 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。）
 - 請求時には、印鑑（簡易スタンプ印以外）、加入する健康保険証、受給者証、振込先口座の預金通帳をご持参ください。
 - 高額療養費は、この請求書では支払えませんので、保険者（健康保険証発行者）へお問い合わせください。
 - 保険診療点数証明欄は治療を受けた医療機関等において、記入を依頼してください。
- 医療機関等へのお願い
- 保険診療点数証明欄は当該月の特定医療費（指定難病）の公費負担対象の点数と患者が実際に窓口で支払った金額について、それぞれ記入してください。
 - 複数月の診療分を記載する場合は、この面に記入してください。
 - この用紙は指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに一機関一枚必要です（複数の機関は一枚では証明できません）。また、用紙が足りない場合には、必要枚数をコピーし、ご使用ください。