

特定医療費（指定難病）請求書（介護保険用）

年 月 日

栃木県知事

様

請求者 住 所  
(氏名ふりがな)

氏 名

印

T E L

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

○必ず請求者名義の振込先を記入してください。

患者加入保険の種類

組・共・協・船・国・退・後・その他（ 本人 ・ 家族 ）

○組合健保、共済の場合は下欄に記入してください。

附加給付の有無（ 有 ・ 無 ）

保険者名称及び番号（ ）

○受給者（患者）と請求者が異なる場合は記入してください。

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

受給者氏名

印

※住所コード記入欄

※金融機関コード記入欄

※債権者コード記入欄

※決 定 額

年 月分の特定医療費（介護保険分）として次のとおり請求します。

| 受 給 者<br>番 号 | 受 給 者 氏 名<br>( 患 者 氏 名 ) | 指 定 難 病 疾 病 名 | 保険による患者負担分<br>(法定負担1割=D)<br>A×D-高額・付加=E | 請 求 額<br>(E-C)<br>(重症者はC=0円) |
|--------------|--------------------------|---------------|-----------------------------------------|------------------------------|
|              |                          |               | ※                                       | ※                            |

介 護 給 付 費 証 明

給付月

年

月分

( 公費対象開始日

年 月 日～ )

( 重症患者認定開始日

年 月 日～ )

( 要介護認定

年 月 日～ )

( 要支援認定

年 月 日～ )

| 公費負担対象介護給付費（総単位）<br>及び金額<br>（対象疾病に要した医療費総額） |   |    | 左記のうち公費該当給付に係<br>る患者の窓口支払額 |   | 患者一部自己負担の月額限度額<br>（医療受給者証を参照）                                   |  |
|---------------------------------------------|---|----|----------------------------|---|-----------------------------------------------------------------|--|
| 介護療養施設サービス                                  | 日 | 単位 | 介護療養施設サービス                 | 円 | ・ 介護療養施設サービス＋食事（入院）<br>( 円 )<br>・ 訪問リハビリテーション＋居宅療養管理指導<br>( 円 ) |  |
| 標準負担額(食事)                                   | 食 | 円  | 標準負担額                      | 円 |                                                                 |  |
| (入院時生活療養費)                                  | 食 | 円  | (食事及び入院時生活療養費)             | 円 |                                                                 |  |
| 訪問看護                                        | 日 | 単位 | 訪問看護                       | 円 |                                                                 |  |
| 訪問リハビリテーション                                 | 日 | 単位 | 訪問リハビリテーション                | 円 |                                                                 |  |
|                                             |   |    | 月 日 (1回目)                  | 円 |                                                                 |  |
|                                             |   |    | 月 日 (2回目)                  | 円 |                                                                 |  |
|                                             |   |    | 3回目以降                      | 円 |                                                                 |  |
| 居宅療養管理指導                                    | 日 | 単位 | 居宅療養管理指導                   | 円 |                                                                 |  |
|                                             |   |    | 月 日 (1回目)                  | 円 |                                                                 |  |
|                                             |   |    | 月 日 (2回目)                  | 円 |                                                                 |  |
|                                             |   |    | 3回目以降                      | 円 |                                                                 |  |

太枠内を事業者又は施設にて記入

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業者・施設等

所 在 地

名 称

代表者名

T E L

印

- (注) ・ ※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、記入してください。  
・ 高額介護（居宅支援）サービス費該当分は、この請求書では支払えませんので、保険者（各市町村）へお問い合わせください。  
・ 介護給付費証明欄は治療を受けた事業者又は施設で記入してもらってください。  
・ 記入の際は黒色ボールペン又は黒インクをお願いします。

事業者及び施設へのお願い

- ・ 介護給付費証明欄は当該月の特定医療費（指定難病）の公費負担対象となった単位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。