

堺市特定医療費（指定難病）請求書

年 月 日

堺市長 殿

年 月分 から 年 月分（ か月）の
 特定医療費（指定難病）を次のとおり請求します。

| | | | | | | | | |
|---|------------------|----|----|---|---|---|---|---|
| ※ | 支給決定額 (堺市記入欄) | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|---|------------------|----|----|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|----------------|---|---|---|------|---------|----------|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | | | | | | |
| 請 求 者 | フリガナ | | | | | | | 患者との続柄 |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | 電話番号（ ） |
| 送 金 用 振 替 口 座 | 口座名義人 (カナ) | | | | | | | |
| | 銀行名 | 銀行・農協 信金・信組 | ※ | ※ | ※ | ※ | 1 普通・総合 | 口座 番号 |
| | | 支店 | ※ | ※ | ※ | 2 当座 | | |
| | ゆうちょ銀行 | 記号・番号 | | | | | | |

委任欄

| |
|---|
| 私（受給者）は、上記請求者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の請求及び受領の権限を委任します。 |
| 年 月 日 |
| 委任者（受給者）住所 〒 |
| 氏名 |

注意

- 1 請求者欄は請求者が、委任欄は委任者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。
- 2 太枠内のみ記入してください。ただし、※印の欄には記入しないでください。
- 3 委任欄は、受給者と請求者が異なる場合のみ記入が必要です。ただし、受給者が18歳未満で、その保護者が請求者の場合は記入不要です。

| | | | |
|-----------------------|-----------------|-------------|-----|
| 事 務 処 理 欄 | 保健センター受付欄(担当:) | 本庁受付欄(担当:) | 備考欄 |
| | | | |

堺市特定医療費（指定難病）請求書について

1 概 要

この請求書は、特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間において、認定された指定難病に係る医療費総額の3割又は月額自己負担上限額を超えて指定医療機関に医療費を支払った場合（ただし、保険適用外の医療費等は除く。）に、堺市に特定医療費（指定難病）を請求するためのものです。

2 添付が必要な書類

(1) 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票の請求月分のコピー（記入がない場合は不要です。）

(2) 特定医療費（指定難病）証明書

※ 特定医療費（指定難病）証明書は、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）ごとに必要枚数をコピーして作成を依頼してください。

* 院外処方の場合は、処方箋を発行した医療機関にも特定医療費（指定難病）証明書の作成を依頼してください。

※ 以下の全てを満たす場合に限り、特定医療費（指定難病）証明書に代えて、指定医療機関が発行した領収書（原本）をご提出いただけます。領収書（原本）をご提出された場合でも、特定医療費（指定難病）証明書の提出を求められることがあります。

- ・ 指定医療機関が発行したもので、領収印が押印されているもの。
- ・ 指定難病以外の治療等が含まれていないもの。
- ・ 受給者証の有効期間外の期間が含まれていないもの。

※ 領収書の返却が必要な場合は、返信用切手を貼った封筒を同封してください。

3 注意事項

- 指定難病にかかる保険適用分の医療費が助成対象です。（入院個室料、診断書料などは対象外です。）
- 指定医療機関で行われるもの以外は対象外です。（例：施術所でのはり、きゅう及びあん摩、マッサージ、装具作成業者と契約作成した治療用装具等）
- 入院時の食事療養費及び生活療養費の助成は対象外です。
- 医療費助成は、保険適用分の医療費患者負担額のうち、高額療養費制度上の自己負担限度額（付加給付がある場合は、自己負担限度額から付加給付を受けた額を差し引いた額。以下同じ。）が上限となります。
- 高額療養費制度上の自己負担限度額を超えて医療費を負担した場合は、先にご加入の健康保険から高額療養費（付加給付がある場合は、付加給付を含む。）の給付を受けてから、特定医療費（指定難病）の請求を行ってください。高額療養費及び付加給付の請求方法は、ご加入の健康保険へお問い合わせください。
- 月ごとの特定医療費（指定難病）総額の2割（1割負担の方は1割）を限度として、月額自己負担上限額の範囲内の負担をしていただきます。
- 特定医療費（指定難病）証明書の発行にかかる費用は、請求者の負担になります。
- 支給決定額は「堺市特定医療費（指定難病）支給決定通知書」にて通知します。
- 提出書類に不備があった際には、請求者または医療機関・保険者へ問合せや返送させていただく場合があります。

4 請求先・お問い合わせ先

堺市保健所 保健医療課 指定難病係 償還払い担当

住 所：〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号 本館6階

電 話：072-228-8748