

指定難病特定医療費請求書（療養費払分）

茨城県知事 殿

年 月 日

下記のとおり請求します。

太枠内のみご記入ください。

ご 請 求 者 様	ご住所	〒							
			都 道 府 県						
		マンション・アパート名など							
	フリガナ								
	お名前								
お電話番号		ハイフンを入れず左詰で記入							

茨城県からの私あての支払いは、特に申し出をしないかぎり下記口座に振り込んで下さい。

振 込 指 定 口 座	金融機関 通帳などを ご確認の上 ご記入ください	銀行 信用金庫 労金				支店 本店 出張所				
	金融機関コード					支店コード				
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義									

受給者 氏 名			受給者 番 号		
請求理由	☐ 1.受給者証の交付前に治療をうけたため ☐ 2.受給者証または自己負担上限額管理手帳を提示せずに治療をうけたため ☐ 3.その他（				
請求金額	円		審 査 決 定 額	円	

この請求に関して不明な点がある場合、茨城県が直接、加入する保険者に対し照会をおこなうこと、また、保険者からの照会に茨城県が回答することに同意します。

※請求者と被保険者が異なる場合のみ記入願います。

【被保険者】

住所 氏名 印

添 付 書 類

- ① 指定難病特定医療費受給者証（写）
- ② 医療保険の資格情報が確認できる資料
- ③ 指定難病特定医療費自己負担上限管理票（写）（請求月のページ）
- ④ 医療福祉費受給者証（写）（該当者のみ）
- ⑤ 限度額適用認定証（写）（ある場合）
- ⑥ 療養証明書又はこれに準ずる医療機関が発行する証明書、レセプト（診療報酬明細書等※）（写）
※医療保険の保険者への開示請求によるもので、領収書の明細ではありません。
- ⑦ 領収書又はその写し
- ⑧ 高額療養費・付加給付の受給がある場合はその決定通知（証明）書（写）
- ⑨ 通帳（写）

注 意 事 項

《指定難病特定医療費を請求される方へ》

- 1 指定難病特定医療費は、原則として県から指定医療機関に支払う制度です。しかし、受給者証の交付申請をしてから交付をうけるまで治療を受けた場合や、受給者証または自己負担上限額管理手帳を提示しないで治療を受けた場合に支払った医療費については、この請求書により、県に対し、医療費の払戻（償還払い）請求を行うことができます。
- 2 払戻の請求ができるのは、認定された疾患について、指定医療機関でうけた保険医療費にかぎります。
また、認定された疾患に関わりのない治療（ケガや虫歯の治療など）や保険適用外のサービス（差額ベット代、文書料など）は払戻の対象になりません。
- 3 この申請書は、住所地を管轄する保健所に提出してください。提出後、各保健所において内容確認を行ったうえ、疾病対策課において審査及び払戻の手続きをしますので、口座振り込みまでには、5ヶ月程度を要する場合がありますのでご了承ください。
- 4 医療費の払戻（償還払い）額を確定するため、保険者等に対し、照会を行うことがありますのでご了承ください。
- 5 請求書の記載にあたって
 - （1）「請求理由」欄には、該当する番号に○をつけてください。なお、「3 その他」に○を付けた場合は、その理由をお書きください。
 - （2）口座名義欄には、必ずフリガナを記入してください。
 - （3）誤字、脱字、省略等のないよう記入してください。
 - （4）消せるボールペンは使用しないでください。

請求書に添付する領収書を確定申告等で使用する場合は、請求書提出時に必ず保健所に申し出てください。窓口で領収書の原本を確認後、返却することができます。なお、請求書提出後の領収書の返却はできませんので、ご注意ください。

保険医療費（食事療養費を除く）の支払いが一定額を超える場合は、ご加入の医療保険から高額療養制度等による払戻を受けることができます。（高額療養費制度等で払戻を受けることができる治療費については、この請求書に含むことができません。）高額療養費制度等についての詳しいことは、ご加入の各医療保険の保険者（健康保険組合や国民健康保険）にお問い合わせください。