

特定疾患医療費給付請求書						
受給者番号					受給者氏名	保健所記入欄 階層( )
請求金額 円						
特定疾患医療費を上記のとおり請求します。						
年 月 日 (〒 - )						
請求者 住所						
氏名						
保健所長 殿 受給者との続柄( )						
受領方法 (請求者本人)	口座振込	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		店 所	ふりがな
		預金種別	普通・当座	口座番号		口座 名義人
	銀行窓口での受領		銀行			支店
特定疾患医療費証明書(医療機関記入欄)					受給者記入欄	
疾患名( ) 診療科名( )						
加入医療保険種別 (区分)		国保・国退・健保・共済・後期高齢者 介護・その他( ) (1割・2割・3割)			加入医療保険証又は介護保険証の発行機関 ( )	
診療年月	区分	医療等に係る費用	患者窓口 支払額(円)	診療 日(回)数	高額療養費 受給額(円)	公費負担額(円)
年 月分 (日 から) ※新規の場合 は日付を記入	入院	点				
	食事療養費又は 生活療養費の額※	円		(日 回)		
	入院外	点				
	訪問看護	円				
年 月分	入院	点				
	食事療養費又は 生活療養費の額※	円		(日 回)		
	入院外	点				
	訪問看護	円				
年 月分	入院	点				
	食事療養費又は 生活療養費の額※	円		(日 回)		
	入院外	点				
	訪問看護	円				
市町村による福祉医療費への請求 有 ・ 無						
特定疾患の医療等に係る費用、患者窓口支払額及び診療日数は、上記のとおりであることを証明します。						
他の公的医療給付との重複等についても、確認済みです。						
年 月 日						
医療機関 所在地						
名 称						
代表者氏名 印						

(注) 1 医療等に係る費用は、特定疾患と関連のない費用は含めないでください。  
2 院外処方せんによる薬局の調剤分については、薬局の証明を受け処方せんの写を添付してください。  
3 ※欄は、診療日数及び( )内に食事回数に記載してください。  
4 本事業の医療給付を受ける前に、「予防接種健康被害救済制度」又は「医薬品副作用被害救済制度」の規定に基づき、本事業の対象となる疾患の治療に関する医療費の給付を受けた場合、この額を控除して給付しますので、「支給決定通知書の写し」と「請求書又は受診証明書の写し」を添付してください。

(この欄は受領委任する場合のみ記入して下さい。)

## 委 任 状

私は、当該請求に係る受領を次の者に委任します。

委任先 (〒 - )  
(受領者) 住所

氏名

年 月 日

委任者 (〒 - )  
(請求者) 住所

氏名

印

受領方法 (受領者本人)	口座振込	銀行名	銀行・金庫 店		口座 名義人	ふりがな
		預金種別	信用組合・農協	所		
	銀行の窓口での受領		普通・当座	口座番号		銀行 支店