

|          |          |          |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|----------|----------|----------|--------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| 階層<br>区分 | 適用<br>区分 | 受給<br>開始 | 相手方コード |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|          |          |          | (本人)   |  |  |  |  |  | (支払先) |  |  |  |  |  |

|                        |                             |         |   |       |  |          |    |  |  |       |  |  |
|------------------------|-----------------------------|---------|---|-------|--|----------|----|--|--|-------|--|--|
| 請求<br>者<br>記<br>入<br>欄 | <b>特定医療費請求書(療養費払)</b> 年 月 日 |         |   |       |  |          |    |  |  |       |  |  |
|                        | 新潟県知事 様                     | 自己負担上限額 | 円 | 受給者番号 |  |          |    |  |  |       |  |  |
|                        | 請求者(振込先名義人)                 |         |   |       |  |          |    |  |  |       |  |  |
|                        | 希望する振込銀行口座(ゆうちょも可)          |         |   |       |  |          | 住所 |  |  |       |  |  |
| 銀行 支店                  |                             |         |   |       |  | フリガナ     |    |  |  |       |  |  |
| 口座種別 普通 当座 その他 ( )     |                             |         |   |       |  | 氏名       |    |  |  |       |  |  |
| 口座番号                   |                             |         |   |       |  | 電話       |    |  |  |       |  |  |
| 口座名義(か)                |                             |         |   |       |  | (受給者氏名*) |    |  |  |       |  |  |
| ※受給者以外の者が請求者の場合に記載すること |                             |         |   |       |  |          |    |  |  |       |  |  |
| 年 月分の特定医療費 金 円を請求します   |                             |         |   |       |  |          |    |  |  |       |  |  |
|                        |                             |         |   |       |  |          |    |  |  | 支払決定額 |  |  |

|  |  |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |
|--|--|---|--------|------|------|----|----|-------|------------|------------|--------|-------|----------------|--|
| 指<br>定<br>医<br>療<br>機<br>関<br>記<br>入<br>欄                          | <b>領収書( / 枚*)</b> ※ひと月分を書ききれない場合に記載 年 月診療分                         |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |
|  | 適用される医療保険の内容   |   | 保険の種類別 |      | 1協   | 2組 | 3船 | 4共    | 5国         | 6国退        | 7後     | 本人・家族 |                |  |
|  |  |   | 患者負担割合 |      | 3割   |    |    | 2割    |            |            | その他(割) |       | 保険制度 医療保険・介護保険 |  |
|  | 支払日  | 年 | 月      | 日    | 診療期間 | 日  | ～  | 日     | 入外等の別      | 入院・外来・調剤・他 |        |       |                |  |
|  | 処方箋(指示書)を発行した指定医療機関名   |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |
|  | ①指定難病治療に係る医療(薬剤)費用総額(点数×10)<br>(入院については支給対象外期間を含む医療費用総額を上段カッコ内に記入) |   |        |      |      |    |    |       |            |            | (      | 円)    |                |  |
|  | ②総医療費(①)×患者負担割合(高額療養費制度適用の場合は適用後の額)                                |   |        |      |      |    |    |       |            |            | 円      |       |                |  |
|  | ③患者負担額(実際の支払額)(④及び保険適用外費用を除く)                                      |   |        |      |      |    |    |       |            |            | 円      |       |                |  |
|  | ④食事(生活)療養費標準負担額の支払額  |   |        |      | 単価   | 円  | 日数 | 日     | 支払額 円      |            |        |       |                |  |
|  | 支払日  | 年 | 月      | 日    | 診療期間 | 日  | ～  | 日     | 入外等の別      | 入院・外来・調剤・他 |        |       |                |  |
|  | 処方箋(指示書)を発行した指定医療機関名   |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |
|  | ①指定難病治療に係る医療(薬剤)費用総額(点数×10)<br>(入院については支給対象外期間を含む医療費用総額を上段カッコ内に記入) |   |        |      |      |    |    |       |            |            | (      | 円)    |                |  |
|  | ②総医療費(①)×患者負担割合(高額療養費制度適用の場合は適用後の額)                                |   |        |      |      |    |    |       |            |            | 円      |       |                |  |
|  | ③患者負担額(実際の支払額)(④及び保険適用外費用を除く)                                      |   |        |      |      |    |    |       |            |            | 円      |       |                |  |
|  | ④食事(生活)療養費標準負担額の支払額  |   |        |      | 単価   | 円  | 日数 | 日     | 支払額 円      |            |        |       |                |  |
| 支払日  | 年  | 月 | 日      | 診療期間 | 日    | ～  | 日  | 入外等の別 | 入院・外来・調剤・他 |            |        |       |                |  |
| 処方箋(指示書)を発行した指定医療機関名   |  |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |
| ①指定難病治療に係る医療(薬剤)費用総額(点数×10)<br>(入院については支給対象外期間を含む医療費用総額を上段カッコ内に記入) |  |   |        |      |      |    |    |       |            | (          | 円)     |       |                |  |
| ②総医療費(①)×患者負担割合(高額療養費制度適用の場合は適用後の額)                                |  |   |        |      |      |    |    |       |            | 円          |        |       |                |  |
| ③患者負担額(実際の支払額)(④及び保険適用外費用を除く)                                      |  |   |        |      |      |    |    |       |            | 円          |        |       |                |  |
| ④食事(生活)療養費標準負担額の支払額  |  |   |        | 単価   | 円    | 日数 | 日  | 支払額 円 |            |            |        |       |                |  |
| 上記③④の金額については、レセプトによる特定医療費の公費請求を行っておらず、患者(又はその家族等)から領収済です。          |  |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |
| 所在地 下<br>年 月 日 指定医療機関名称  |  |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |
| 代表者<br>(患者氏名) 様 電話番号   |  |   |        |      |      |    |    |       |            |            |        |       |                |  |

※必要に応じ自己負担上限額管理票や領収書原本を添付すること

### 〈医療機関記入欄についてお願い〉

- 1 この領収書は、診療月1か月ごとに記入してください。
- 2 1ヶ月に複数日受診している場合（外来・調剤）は、まとめて記入せず、受診日ごとに分けて記入してください。
- 3 月の途中から特定医療費の支給認定となった患者の入院について記入する際は、支給対象外期間を含む入院期間の全ての医療費（カッコン内）及び受給者証の有効期間の開始日からの医療費を記入してください。
- 4 この領収書に診療報酬明細書を添付する必要はありません。

### 〈請求をされる前に次の点について御確認ください〉

- 1 療養費の支払いは原則として口座振替になりますので、「希望する振込銀行口座」欄に必要事項を記載してください。
- 2 受給者本人以外の者が請求する場合、下の「委任状」に記入してください。ただし、受給者が未成年で、その保護者が請求する場合は、委任状は不要です。
- 3 受給者本人が申請時または支払時に亡くなっている場合、別途書類の提出が必要となりますので、地域振興局健康福祉（環境）部へお問い合わせください。

### 〈特定医療費請求書の記入について〉

#### 1 支払いの対象となるのは次の費用です。

指定医療機関において、有効期間内に受けた指定難病にかかる保険診療の医療費、介護保険法の規定による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービスの介護給付費、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導の介護予防給付及び介護医療院サービスの介護給付費で、緊急その他やむを得ない理由によって、この医療費にかかる一部負担金等として支払った金額のうち、「特定医療費（指定難病）受給者証」に記載してある「月額自己負担上限額」を控除した金額です。

※次の費用は特定医療費の支払いの対象となりませんので、御了解ください。

- ①文書料、室料差額、電気料、おむつ代など保険対象外の費用
- ②コルセット、義肢等の治療用装具にかかる代金

#### 2 提出先

あなたの住所を所管する、地域振興局健康福祉（環境）部へ提出してください。（受給者証の裏に記載してあります。）

#### 3 その他

審査により、請求金額どおりに支払われないことがありますので、御承知おきください。

### 委 任 状

受 任 者（表面請求書の請求者）  
住 所  
氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、新潟県から受領する特定医療費に係る療養費の請求及び受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委 任 者（受給者）  
住 所  
氏 名