

以下の場合、医療費請求をすることができます。

- ①新規申請をしてから、受給者証がお手元に届くまでに医療費を支払った場合
- ②医療機関へ受給者証を提示せず、公費負担の適用ができていなかった場合
- ③変更申請などにより自己負担上限額が下がった場合で、その適用日以降に自己負担上限額を超える医療費を支払った場合

以下の場合、医療費請求の対象になりません。

- ①1ヶ月の医療費等の自己負担総額が自己負担上限額未満の場合  
※ ただし、医療機関窓口で総医療費の3割負担で支払った場合は、特定医療費（指定難病）受給者証の利用で自己負担が2割となりますので、自己負担上限額未満の場合でも払い戻し請求できます。
- ②受給者証の有効期限外に受診した医療費等の場合
- ③認定された指定難病以外の病名の医療費等の場合
- ④指定の医療機関以外で支払った医療費等の場合
- ⑤高額療養費に該当する金額は払い戻し請求の対象にはなりません。  
※ 該当する場合は加入されている医療保険者（健康保険証の発行元）に高額療養費の払い戻し請求をしてください。

請求申請が承認された場合は、申請から約6～7ヶ月後に、兵庫県から申請時に指定された口座へ振り込みます。

#### ・必要書類

- ①特定医療費等請求書（指定難病）（様式第10号）  
※裏面「申請書の書き方見本」をご確認ください。
- ②領収書の**原本** ※コピー不可  
窓口で申請される場合は申請手続き完了後、領収書原本をその場で返却します。  
郵送申請で返却希望の方は、「領収書返却希望」と申請書の余白にご記入ください。  
普通郵便での返却になりますので、予めご了承ください。
- ③（高額療養費の支給対象になる場合）領収書のコピーと高額療養費支給通知書
- ④特定医療費（指定難病）受給者証（コピー）
- ⑤口座番号・支店名等がわかるもの（コピー）（通帳・キャッシュカード等）
- ⑥自己負担上限額管理表（請求月のページのコピー）

見本

特定医療費等請求書(指定難病・小児慢性特定疾病)

兵庫県知事 様

請 求 者				
住所	(〒 662-0911) 西宮市池田町8-11			
フリガナ	ナンピョウ タロウ <small>★欄と同じであること</small>			
氏名	難病 太郎			
TEL	0798 - 26 - 3669	受給者との続柄	父	
Email				
<b>振込先</b> <small>必ず請求者名義の口座を記入してください。</small>				
口座名義	(カタカナ) ナンピョウ タロウ <span style="float: right;">★</span>			
金融機関	西宮	銀行・信用金庫 農協・信用組合	(金融機関コード) 2 4 3 3	
支店名	西宮中	支店 出張所 営業部	(支店番号) 1 2 3	
預金種別	普通・当座・貯蓄・その他( )			
口座番号	1	2	3	4 5 6 7

令和 7 年 1 月 11 日

受 給 者								
公費負担番号	5	4	2	8	6	0	1	8
受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	
受給者氏名	ナンピョウ ハナコ							
受給者生年月日	大・昭(平) 令 20 年 1 月 1 日							
受給者証有効期間	令 6 年 11 月 1 日～令 7 年 10 月 31 日							

令和 6 年 12 月分の公費負担の対象となる医療費を下記のと

請求額 ￥ \_\_\_\_\_ 円

**振込先が請求者の名義**になっているか必ず確認してください。

請求額は記入しないでください。

支給決定額欄 (県が記入します) ※ \_\_\_\_\_ 円

【特定医療費を請求される方へ】

- 1 この請求書の太枠内をご記載ください。
- 2 入院時食事療養費の請求ができる方は、公費負担者番号が54285010、52287018及び52288016の方になります。
- 3 この請求書は、必ず住所地の健康福祉事務所(保健所)へ提出してください。  
健康福祉事務所(保健所)に提出してから支払までに6～7ヶ月程度要します。支払は通帳記帳にてご確認ください。
- 4 請求される月にかかった特定医療費にかかる領収書の原本と、高額療養費の支給決定通知書(該当者のみ)を、必ずすべてあわせて健康福祉事務所(保健所)にお持ちください。  
すでに返金をうけた医療機関における領収書も必要ですので、ご注意ください。