# 特定医療費請求申請チェック表

◆ **申請前にご確認ください**　次に該当する場合は請求できません。

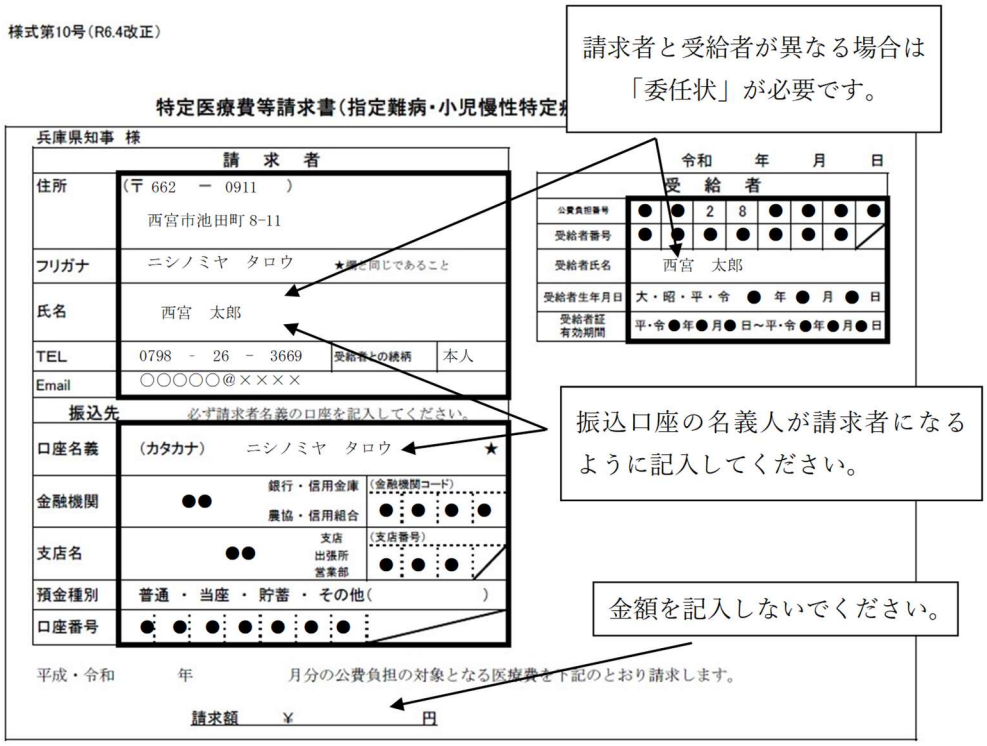
1．1ヶ月の医療費等の自己負担総額が自己負担上限額未満の場合
　→ただし、医療機関窓口で総医療費の３割負担で支払った場合は、特定医療費（指定難病）受給者証の利用で自己負担が２割となりますので、自己負担上限額未満の場合でも払い戻し請求できます。
2．受給者証の有効期限外に受診した医療費等の場合
3．認定された指定難病以外の病名の医療費等の場合
4．高額療養費に該当する金額は払い戻し請求の対象にはなりません。
　→該当する場合は加入されている医療保険者（健康保険組合、全国健康保険協会、国民健康保険、後期高齢者医療広域連合、国民健康保険組合等）に高額療養費の払い戻し請求をしてください。

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）
　（保健所・各保健福祉センター（中央保健福祉センター除く）にてお渡しします）
2．　領収書の原本
　①高額療養費を各加入医療保険者に請求された場合は、高額療養費支給決定通知もお持ちください。
　②郵送の場合、原本返却を希望する場合はその旨ご記入ください。
3．　口座番号・支店名などがわかるもの（通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞなど。コピー可）
4．　特定医療費（指定難病）受給者証（コピー可）
5．　請求月分が含まれた自己負担上限額管理票（コピー可、なお、該当月分に必ず受給者番号、受給者氏名の記入があることをご確認ください。）
6．　委任状（受給者名義以外の口座に振り込む場合、必ず必要です）

＜申請書の書き方＞



**受給者と請求者が異なる場合**

保健所受付印

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 ）<br>西宮市池田町8-11 |
| フリガナ | ニシノミヤ　ハナコ　★欄と同じであること |
| 氏名 | 西宮　花子 |
| TEL | 0798 － 26 － 3669　受給者との続柄　妻 |
| Email | ○○○○○@××××× |

| 振込先 | 必ず請求者名義の口座を記入してください。 |
|---|---|
| 口座名義 | （カタカナ）　ニシノミヤ　ハナコ　★ |
| 金融機関 | ●●　銀行・信用金庫　農協・信用組合　（金融機関コード）●●●● |
| 支店名 | ●●　支店　出張所　営業部　（支店番号）●●● |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ その他（　　） |
| 口座番号 | ●●●●●●● |

令和　年　月　日

| 受　給　者 | |
|---|---|
| 公費負担番号 | ●●28●●●● |
| 受給者番号 | ●●●●●●● |
| 受給者氏名 | 西宮　太郎 |
| 受給者生年月日 | 大・昭・平・令　●　年　●　月　●　日 |
| 受給者証有効期間 | 平・令●年●月●日～平・令●年●月●日 |

平成・令和　　年　　月分の公費負担の対象となる医療費を下記のとおり請求します。

請求額　¥　　円

# 委 任 状

| | |
|---|---|
| 受任者住所 | 西宮市池田町 8-11 |
| 受任者氏名 | 西宮　花子 |

私こと、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

委任事項

1　特定疾患及び指定難病・小児慢性特定疾患・肝炎治療にかかる
　　医療費等の請求及び受領に関する一切の事項

| | |
|---|---|
| 委任者<br>住所 | 西宮市池田町 8-11 |
| 委任者<br>氏名 | 西宮　太郎 |
| 委任者<br>電話番号 | 0798 - 26 - 3669 |
| 委任者<br>電子メールアドレス | ××××××@○○○○ |