



特定医療費支給申請書

受付番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

・この申請書は、受給者証を使わずに支払った医療費や自己負担上限月額を超えて支払った医療費を請求するためのものです。**該当する医療費がないときは、提出の必要はありません。**

・**受給者証を持参し、病院や薬局ごとに裏面の「特定医療費証明書」の記入を受けてください。**
ただし、自己負担上限月額の変更による払戻しで、変更前の自己負担上限月額との差額を請求する際は不要です。

・申請できるのは、受給者証の有効期間内の指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療費及び訪問看護費です。認定された疾病に関わりのない治療や保険適用外のサービスは対象外です。

・高額療養費や他の公費から支給される金額については、差し引いてお支払いします。

・医療費の払戻しがある場合に限り、1,140円を限度として証明書発行手数料を払戻します。払戻す医療費が無い場合は、証明書発行手数料についても払戻しはありません。

・診療月の翌月1日から5年間は申請が可能です。**申請から振込までには、2～3か月程度かかります。**

■太枠の中を記入してください。

相模原市長 あて
指定難病に係る特定医療費について、次のとおり申請します。なお、当該支給額の算定にあたり、必要がある場合には、医療機関、保険者等へ問い合わせることを承諾します。

申請者 (送付先)	フリガナ 氏名	※自署の場合は押印不要	電話番号	※日中に連絡の取れる電話番号を記入			
	住所	〒 -					
	続柄		受給者番号				
フリガナ 患者氏名			生年月日				
振込先	銀行・金庫 信用組合・農協		※ゆうちょ銀行の場合は数字3桁 店・支店 支所・出張所				
口座番号	普通						
		口座名義人 (カタカナ)					

患者又は保護者と口座名義人が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。

■申請者が患者(18歳未満の場合は保護者)以外の場合は、いずれかに記入してください。

委任状 【申請者が患者又は保護者以外の場合(相続人除く)】

相模原市長(前渡金管理者)あて
私は、上記申請者を代理人と定め、相模原市への特定医療費の申請及び受領に関する権限を委任します。
年 月 日

委任者 住所 氏名
(患者又は保護者) ※自署の場合は押印不要

誓約書 【申請者が相続人の場合】

相模原市長(前渡金管理者)あて
被相続人に係る特定医療費の申請及び受領に関し、他の相続人から異議の申し立てがあった場合は、申請者の責任において当事者間で解決することを誓約します。
年 月 日

申請者 住所 被相続人 住所
(相続人) 氏名 氏名
※自署の場合は押印不要
被相続人との関係 () 死亡年月日 年 月 日

■添付書類

- ・預金通帳の写し、キャッシュカードの写し等の振込先口座の確認ができる資料
- ・自己負担上限額管理票のコピー(自己負担上限月額の変更による払戻しや、対象月に既に自己負担上限額管理票を使用した場合のみ)
- ・戸籍など被相続人との関係が分かる書類(住民票上別世帯の相続人が申請する場合のみ)

■送付先：〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班

問合せ先：疾病対策課 難病対策班 042-769-8324(直通)

※窓口へ直接申請される場合は、各保健センターに提出してください。

特定医療費証明書(医療機関等記入欄)

医療費

- ・ 受給者証の提示がなく、公費を使って医療費の請求ができていない場合にご記入ください。
- ・ 高額療養費の適用区分は、オンライン資格確認等により確認した区分をご記入ください。
- ・ **介護保険を利用した場合の払戻し請求は、「特定医療費(介護給付等)支給申請書」(別様式)を使用してください。**
- ・ 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。
- ・ 訪問看護は「点数」を「円」に読み替えて金額を記入してください。

特定医療費(指定難病)医療受給者証の有効期間開始日				年 月 日から								
証明書発行手数料 (医療費の払戻しがある場合に限り、1,140円まで払戻しできます。)						円						
診療年月	保険負担割合 (本人負担分)	高額療養費の適用区分	診療区分 (該当するものに○をしてください。)	診療日数 (難病分)	月の総点数		市記入欄(この欄は記入しないでください)					
					指定難病治療と認められる点数(A)	患者からの指定難病に係る領収額(B)	一部負担相当額(C)	B-C(D)	2割負担相当額A×2(E)	B-E(F)	支給決定額(DとFで高い方)(G)	
記入例												
〇〇年 12月	3割	工	入院・外来 調剤・訪問看護	1日	総 5,000点 難 5,000点	15,000円	円	円	円	円	円	円
〇〇年 11月	2割	低所得Ⅱ	入院・外来 調剤・訪問看護	2日	総 1,000点 難 680点	1,360円	円	円	円	円	円	円
〇〇年 10月	3割	ウ	入院・外来 調剤・訪問看護	10日	総 100,000点 難 100,000点	87,430円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
年月	割		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円	円
備考欄(患者からの領収額が点数×10×保険負担割合とならない場合などに、その理由を記載してください。)												

当該患者にかかる高額療養費の適用区分、診療日数、点数、領収額等は上記のとおりであることを証明します。また、公費併用レセプト等による請求を行っていないことも確認済みです。

所在地
医療機関名
代表者氏名

担当部署
担当者名
連絡先
医療機関コード

小(G)	計決
証(H)	計確
計	シ入 (/)
決	シ確