

特定医療費（指定難病）請求書

年 月 日

大分県知事 殿

請求金額 金 円

受給者	受給者番号				有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	ふりがな				生年月日	大正 昭和 平成 令和
	氏名					
	住所	〒				
	自己負担 上限額	円			保険の付加給付の有無	有 ・ 無
	医療保険	種別	国保 後期高齢 健保 国保組合	保険者名		
請求者	氏名 (口座名義人)	ふりがな				受給者 との続柄
		氏名				
	住所	〒				
	支払方法	1 受給者の口座に振込 2 下記委任状により委任された者の口座に振込				
	請求理由	1 受給者証の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し 2 自己負担上限額変更によって生じた支払った額の払い戻し 3 その他 ()				
振込口座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農業協同組合・漁業協同組合		本店・支店 出張所・代理店		※委任された者の口座に振込を希望する 場合、請求者と下記委任状の代理人を 同一としてください。	
	普通・当座	口座番号				

委任状

私（受給者）は、下記の者を代理人と定め、大分県からの特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。

委任者（受給者） 氏名 _____	代理人 氏名 _____ 生年月日 _____ 住所 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____
--------------------------	--

注意事項

- 特定医療費（指定難病）証明書を指定医療機関（薬局、指定訪問看護事業者等を含む。）に証明してもらい、添付してください。
- 特定医療費（指定難病）受給者証、自己負担額管理票、預金通帳（金融機関名 振込口座情報の記載された部分）の各写しを添付してください。
- 自己負担額（月単位）が高額療養制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、当該請求の対象となりませんので、保険者に高額療養費の請求を行ってください。
- 「請求者・振込先（名義人）」が異なる場合は委任状（この用紙に記載するところがあります）が必要です。
 （ただし、受給者が未成年の場合は、保護者との関係が証明できるもの（住民票・保険証等）を添付すればそれに代えることができます。）
- 「保険の付加給付の有無」については、組合保険及び共済保険等に参加（扶養者を含む）している方は勤務先に確認し記入してください。
 また、付加給付が有る場合は、給付額が分かる書類を添付してください。
 （付加給付とは、組合保険及び共済保険等において、それぞれの定款で定めるところにより行う給付です。）