

階層 区分	適用 区分	受給 開始	相手方コード											
			(本人)						(支払先)					

特定医療費請求書(療養費払) 平成 年 月 日

請求者記入欄

自己負担上限額 円 受給者番号

新潟県知事 様 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 印
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

平成 年 月分の特定医療費 金 円を請求します 支払決定額

領 収 書 (/ 枚※) ※ひと月分を書ききれない場合に記載 平成 年 月診療分

指定医療機関記入欄

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)	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(県障等適用後の実際の支払額)(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)	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(県障等適用後の実際の支払額)(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)	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(県障等適用後の実際の支払額)(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 〒 指定医療機関名称 代表者 印
 年 月 日 電話番号
 (患者氏名) 様

※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 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ご確認ください〉

- 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者する場合、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、保健所へお問い合わせください。

〈治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及び介護予防訪問看護、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との対象となりませんので、ご了解ください。

- 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保健所（地域振興局健康福祉（環境）部内）へ提出してください。（受給者証の裏に記載してあります。）ただし、新潟市内にお住まいの方は、

〒950-8570（〒補助番号）新潟市中央区新光町4-1 新潟県福祉保健部健康対策課 難病等対策係
へ提出してください。（郵送で結構です。）

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。

請求者欄に、請求者が記入事項を自署する場合は、請求者の印は不要です。

委 任 状

受 任 者（表面請求書の請求者）

住 所

氏 名

印

私は、上記の者を代理人と定め、新潟県から受領する平成 年度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

印