

階層区分	適用区分	受給開始日
高額	高額自己負担額	

特定医療費請求書（療養費払）

年 月 日

（宛先）新潟市長

請求者 住所 郵便番号

氏名 印
（受診者との続柄）

電話

指定難病にかかる特定医療費を請求しますので、当該特定医療費を下記の振込先口座に振り込んでください。

受給者番号								受診者	ふりがな									
								氏名										
振込先 口座	金融機関	銀行				本店		口座番号	1 普通									
		金庫				支店			2 当座									
		信用組合				支所		口座名義	ふりがな									
		協同組合				出張所												
		金融機関コード（ ）				店舗コード（ ）												

※ 受診者本人以外の者（受診者本人が18歳未満の場合の保護者を除く。）が請求者となる場合は、委任状の記載が必要です。必要に応じ、自己負担上限額管理票や領収書原本を添付してください。

特定医療費証明書（指定医療機関証明欄）										支払決定額								円
領収書（ / 枚※）※ひと月分を書ききれない場合に記載										年 月 診療分								
適用される医療保険の内容		保険の種別		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（調剤）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（他法等適用後の実際の支払額） ※食事（生活）療養費標準負担額及び保険適用外費用を除く										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（調剤）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（他法等適用後の実際の支払額） ※食事（生活）療養費標準負担額及び保険適用外費用を除く										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（調剤）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（他法等適用後の実際の支払額） ※食事（生活）療養費標準負担額及び保険適用外費用を除く										円								
上記③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しておらず、受診者（患者）又はその家族等から領収済です。																		
所在地 郵便番号										年 月 日								
指定医療機関名称										代表者 印								
（受診者（患者）氏名）										様 電話番号								

<医療機関証明欄についてお願い>

- 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、「振込先口座」欄に必要事項を記載してください。
- 2 受診者（患者）本人以外の者が請求する場合は、下の「委任状」に必要事項を記入してください。ただし、受診者（患者）本人が18歳未満でその保護者が請求する場合は、委任状は不要です。
- 3 受診者（患者）本人が申請時又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、お問い合わせください。

<支払い対象となる費用について>

特定医療費請求書で支払いの対象となる費用は、指定医療機関において、有効期間内に受けた指定難病に係る保険診療の介護医療費並びに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、この医療費に係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、おむつ代等の保険対象外の費用
- ②コルセット、義肢等の治療用装具にかかる代金

<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、ご承知おきください。

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（表面の請求者）

住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、新潟市から受領する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（受診者（患者））

住所

氏名

印