

# 特定医療費（指定難病）の請求について（償還払い請求）

支給認定された指定難病に係る医療費で、有効期間内に受給者証の提示ができず支払った医療費のうち、負担上限月額を超える分及び、負担上限月額を超えない場合でも医療保険の負担割合が3割の方は1割分については、「特定医療費（指定難病）証明書」又は「負担上限月額管理票のコピー」を添付した「特定医療費（指定難病）請求書」により県に請求することで、払戻しを受けることができます。

## 1 請求方法【新規に支給認定された方】

提出書類	○特定医療費（指定難病）請求書（様式第1号）＜同封＞
	○特定医療費（指定難病）証明書（様式第2号）＜同封＞ 【注意事項】 <ul style="list-style-type: none"><li>・受療した指定医療機関に渡し、記載してもらってください。</li><li>・受療した指定医療機関ごとに必要です。</li><li>・償還払い額の計算は月単位で行うため、同一月の受療分は全て提出してください。 例：同一月に2つの病院と1つの薬局を受療していた場合、請求書1枚＋証明書3枚を提出してください。</li></ul>
	○負担上限月額管理票（医療費管理票）のコピー 【注意事項】 <ul style="list-style-type: none"><li>・上記医療費証明書に記載がある診療月で、他に管理票に記載した分がある場合のみ、該当月分を提出してください。</li></ul>
提出先等	同封した「受給者証」に記載されている「問合せ先」上段の健康福祉センターに持参してください。 【提出時に持参していただきたいもの】 受給者証、負担上限月額管理票、通帳等口座情報がわかるもの、印鑑 ※持参が難しい場合は、簡易書留等の配達されたことが証明できる方法でご郵送ください（費用は請求者をご負担ください）。

## 2 請求書の記載方法

裏面の「記載例（受給者向け）」を御覧ください。

## 3 その他の注意事項

### (1) 高額療養費制度について

- ・保険医療費の支払いが一定額を超える場合は、加入する医療保険の保険者から高額療養費制度による払戻しを受けてください（別途手続きが必要な場合があります）。
- ・高額療養費制度の詳細は、加入する医療保険の保険者（健康保険組合や各市町国民健康保険担当課など）にお問い合わせください。
- ・県からの払戻し額は、高額療養費による払戻し額を控除して算出します。

### (2) その他

- ・内容には審査がありますので、医療費証明書に記載された金額が全て払い戻しされるとは限りません。
- ・医療費証明書は指定医療機関ごとに必要となりますので、医療費証明書が不足する場合はコピーして使用してください。
- ・訂正する場合は、二重線を引いてください。  
委任欄内の内容を訂正する場合は委任者の印を押印してください。  
（訂正用の小型の印や書体の違う印の使用、修正液等での訂正はできません。）
- ・請求から振込みまでには2か月から3か月程度かかります。

# 記載例（受給者向け）

指定難病用 R5.4 版

点線で囲まれた部分（3つの欄）について、記入漏れがないようお願いいたします。  
 ※中央の委任の欄は、患者本人が請求する場合は記入不要です。

様式第1号（第2編関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）  
 特定医療費（指定難病）請求書

年 月 日

静岡県知事 様

次のとおり、特定医療費を請求します。

年 月 から 年 月 まで（ か月分）

※ 決 定 額  
 （書入記入欄）

百万	十万	万	千	百	十	一	円
----	----	---	---	---	---	---	---

受給者氏名 **静岡 太郎** 受給者番号 1 2 3 4 5 6 7

私は、下記の者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。

令和5年4月3日

住所 **静岡市葵区蓮手町9-6**

氏名 **静岡 太郎**

（受給者（受給者が18歳未満である場合は保護者）と姓や名が異なる場合のみ記入してください）

記

請求者	住 所	郵便番号 <b>420 - 8601</b> <b>静岡市葵区蓮手町9-6</b> 電話番号（ <b>054 - 221 - 3393</b> ）	
	フリガナ	<b>シズオカ ハナコ</b>	受給者との関係
	氏 名	<b>静岡 花子</b>	<b>妻</b>
	口座振替	金融機関名 <b>県庁</b> <b>銀行・信金</b> <b>協賛・貯金</b> <b>連手</b> <b>本店</b> <b>支店</b>	預金種別 <b>普通</b> ・当座
	口座名義人 （お付けで記入してください）	<b>シズオカ ハナコ</b>	

注1 受給した指定医療機関が作成した特定医療費（指定難病）証明書（様式第2号）又は医療費管理票（様式第9号）を必ず添付してください。

注2 支給認定の有効期間中に、認定された指定難病について指定医療機関で受給した場合のみ提出してください。

別紙「特定医療費（指定難病）の請求について（償還払い請求）」を必ず御覧ください。

**<委任欄の記載>**

- 患者本人以外が請求する場合のみ、記入、押印してください。
- 委任日は、提出日と同じ日又は提出日以前の日付としてください。

**<委任欄の訂正>**

- 委任欄内の内容を訂正する場合は委任者の印を押印
- それ以外の部分を訂正する場合は二重線を引く。

※小型の訂正用の印や書体の違う印、修正液を使用した訂正はできません。

**<振込先口座について>**

- 請求者と口座名義人は同一にしてください。
- 通帳やキャッシュカード等を確認して、正確に記入してください。

- 特定医療費（指定難病）証明書（該当する場合は負担上限月額管理票のコピー）を必ず添付してください。
- 同一月内で、証明書を記載した分と負担上限月額管理票に記載した分がある場合は、該当月の管理票のコピーも忘れずに添付してください。