

特定医療費（指定難病）支給申請書（償還払）

年 月 日

広島県知事様

申請者住所 〒		
ふりがな 申請者氏名		
振込先	金融機関	銀行
	支店等	支店
金融機関	預金種目	普通・当座
	口座番号	

電話（ ） —

年 月分を申請しますので、決定した金額を支払ってください。

また、特定医療費の償還を受けるにあたり必要があるときは受給者及び申請者の医療費及び診療内容等について広島県が医療機関、保険者及び公費負担実施主体に調査することを同意します。

また、特定医療費の償還を受けるにあたり必要があるときは受給者及び申請者の状況について広島県が住民基本台帳ネットワークシステムで調査することに同意します。

受給者番号		受給者氏名	
保 険 区 分	種 別（○で囲む）	保 険 者 名（社会保険事務所等）	保 険 者 の 負 担 割 合
	健保組合・協会けんぽ・船員・共済組合・国保・後期高齢者・その他		9割 8割 7割 その他 ()
	被 保 険 者 氏 名	記 号 ・ 番 号	
入通院等の別	入院・通院・訪問看護・薬	診療日（回）数	日（回）

- ※1 上記太枠内を記入すること。
- 2 治療・調剤を受けた指定医療機関が発行した領収書、治療を受けた指定医療機関が発行した医療内容・保険点数等が記載された診療明細書（このほか、高額療養費の適用となる場合は、支給決定額の分かる書類）、医療費振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）、自己負担上限額管理票のコピーを添付すること。
- 3 指定医療機関が発行した領収書や診療明細書がない場合は、指定医療機関から特定医療費（指定難病）領収証明書の発行を受け提出してください。

支給決定額 _____ 円