

特定医療費（指定難病）償還払申請書

広島県知事 殿

関係書類を添えて、医療費の支給を申請します。
また、この申請に関して、広島県が必要に応じ、医療機関・薬局及び保険者等に対し照会することについて同意します。

申請月	年 月～ 年 月分（ただし、 年 月分を除く。）
-----	--------------------------

患者（特定医療費（指定難病）受給者）

氏 名		受給者番号							
-----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

※申請者が受取人となります。患者本人以外の者が申請者となる場合は、委任欄への記入が必要です。
※18 歳未満の場合は、保護者が申請者になります（委任欄への記入は不要です。）。

申請者

フリガナ		患 者 との続柄	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 父母 ☐ 子 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他（ ）
氏 名			
住 所	〒	電話番号	
金融機関名	銀行・農協 信金・信組	口座番号	
支 店 名	支店 普通	口座名義人 ※カタカナで記入	<u>口座名義人は申請者と同一になります。</u>

委任欄 患者本人以外の者が申請者となる場合のみ記入（患者本人が自署してください。）

私（患者）は、上記申請者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）償還払の申請及び受領に関する権限を委任します。			
年 月 日	委任者（患者）	住所	
	氏名		印

添付書類	☐ 振込先口座のわかるもの（通帳 2 ページ目など）のコピー
	☐ 診療報酬等領収証明書（様式第 11 号） 枚
	☐ 受給者証・自己負担上限額管理票のコピー

保健所收受印

申請書記入例

申請月	年 月～ 年 月分 （ただし、 年 月分を除く。）
-----	---------------------------

患者（特定医療費（指定難病）受給者）

氏 名		受給者番号							
-----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

※申請者が受取人となります。患者本人以外の者が申請者となる場合は、委任欄への記入が必要です。

申請者 ※18歳未満の場合は、保護者が申請者になります（委任欄への記入は不要です。）

フリガナ	ヒロシマ アキ		患 者	☒ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 父母 ☐ 子						
氏 名	広島 安芸	押印不要	との続柄	☐ 兄弟姉妹 ☐ その他（ ）						
住 所	〒730-8511		電話番号	0 9 0 0 0 1 2 3 4 5 6						
	広島市中区基町 10-52									
金融機関名	広島	銀行・農協 信金・信組	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
支 店 名	県庁	支店	普通	口座名義人は申請者と同一になります。 口座名義人 ※カタカナで記入 ヒロシマ アキ						

口座名義人は通帳などを見ながら正確に記入してください。

委任欄 患者本人以外の者が申請者となる場合のみ記入（患者本人による自署が必要です。）

私（患者）は、上記申請者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）償還払の申請及び受領に関する	患者（患者）	住所
患者本人以外が申請する場合は、委任欄の記入が必要です。	氏名	印
※患者本人の自署による記名・押印が必要です。		

申請にあたっての注意事項

- 診療報酬等領収証明書は、指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- 支給認定期間内の指定難病に係る医療費及び介護保険制度に基づくサービス費が支払いの対象になります。（入院時の食事療養費・生活療養費は対象となりません。）
- 入院時の食事療養費・生活療養費は、医療保険の制度で軽減される場合があります。
詳しくは、御加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。
- 高額療養費制度で払戻しを受けることができる医療費は、この申請に含むことはできません。
※ 高額療養費制度の詳細については、御加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。