



# 申請書の記入例

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	東 部 安 芸	受給者番号	
----	---------	-------	--

## 申請者

※申請者が受取人となります。患者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。  
 ※患者が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	トウブ アキ	患者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 親族 ( )
氏名	東 部 安 芸 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">押印不要</span>	電話番号	0 9 0 0 0 1 2 3 4 5 6
住所	〒722-0002 尾道市古浜町 26-12		
金融機関名	広島 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> ・農協 信金・信組	口座番号	0 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">口座名義人は通帳等を見て、 正確にカタカナで記入。</span>
支店名	県庁 支店 普通	口座名義人 カタカナで記入	<del>口座名義人は申請者と同一で</del> トウブ アキ <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">成年後見人の場合、財産管理用の口座名義 「成年被後見者〇〇、成年後見人△△」を 記入して下さい</span>

「ゆうちょ銀行」の場合  
 支店名は、漢字の店名 (例：五四八)  
 口座番号は、7桁を記入して下さい

成年後見人の場合、財産管理用の口座名義  
 「成年被後見者〇〇、成年後見人△△」を  
 記入して下さい

## 委任欄 患者以外の者が申請者となる場合のみ記入

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

## 申請にあたっての注意事項

(患者による自署、押印が必要)

- 診療報酬等領収証明書は、難病指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- 認定された指定難病に係る医療費のうち、支給認定期間内に難病指定医療機関で受けた、健康保険及び介護保険が適用される医療費については、支払対象になります。  
 ただし、保険適用外の費用やサービス、入院時の食事療養費や生活療養費は、対象外です。  
 また、介護保険は支払対象のサービスに限られるので、難病指定医療機関にご相談ください。
- 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。  
 高額療養費制度については、市町国民健康保険や被用者保険など、加入している医療保険者にお問い合わせください。
- 10割負担や生活保護など、既に清算済の場合は対象外です。