

※この請求書は居住地を管轄する保健所（窓口）にご提出ください。

特定医療費（指定難病）請求書（調剤薬局用）

福岡県知事殿

令和 年 月 日

特定医療費（指定難病）として下記のとおり請求します。なお、私及び私と同一世帯の者の医療費に関する情報について、貴職と医療機関又は医療保険者の間で情報を提供することに同意します。

請求金額	円	*決定金額	
受給者	住所	〒	
	カナ氏名	生年月日	M・T 年 月 日生 S・H・R (歳)
	病名	受給者証有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	受給者番号	自己負担限度額	円
請求者(法定代理人)※	住所	〒	カナ氏名
請求する理由 (○で囲む)	1 受給者の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った治療費の払い戻し 2 一般の認定患者から高額かつ長期・人工呼吸器等装着者に認定されたため、支払った一部負担金の払い戻し 3 その他 ()		
支払方法 (○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替 (※いずれの場合も、振替先の口座がわかる通帳の写し等をご提出ください。)		

※受給者が未成年又は成年被後見人の場合は、法定代理人の住所と氏名が必要。(受給者と請求者が同じ場合は記載不要)

委任状	窓口受領印
私(上記請求者)は下記の者を代理人と定め、貴職からの特定医療費(指定難病)(療養費払い)の受領を委任します。 〔 ○受任者 住所 カナ氏名 〕	

*支払金額決定欄(県作成欄)		◆適用区分		
医療・介護保険の別	受療期間	医療費公費負担額	患者負担額	患者自己負担額
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
計		円		

病院・医院記入欄				
指定難病の治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)				
発行年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
当機関は難病指定医療機関であり、指定難病として認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。 年 月 日 医療機関コード () 医療機関所在地 () 名称 (Tel ()) 医療機関の長名 (記入者 ())				

調剤薬局記入欄			
受給者の保険種別(○で囲む)	国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()		
1 薬剤費の領収済証明(月別に記入すること)			
受療期間(処方日)	総医療費(点数×10円)	定率負担金	備考
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
		円	
2 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収済証明			
受領期間	総医療費	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
計		円	
上記のとおり、指定難病として認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であり、公費併用レセプトによる国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。 また、当調剤薬局は都道府県または政令指定都市に指定された難病指定医療機関であることを証明します。 年 月 日 医療機関コード () 調剤薬局所在地 () 名称 (Tel ()) 代表者氏名 (記入者 ())			

記入上の注意

- ①受給者は、左のページの太枠内のみ記入し、*欄は記入しないこと。
- ②様式右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関に記入してもらうこと。
- ③治療費領収書(原本)を添付すること。
- ④振込依頼書(請求書受付窓口に備え付け)を添付すること。
- ⑤治療費の受領を他者に委任する場合は、委任状欄に記入すること。

○請求する方へ

記入する欄は左ページの太枠の中です。(還付金を他の方の口座に振り込む場合は、「委任状」も記入してください。) 右ページは医療機関(病院・医院および薬局)に記入を依頼してください。 記入後、この請求書と領収証、受給者証、通帳をご持参の上、各受付窓口で請求の手続きをお願いします。 なお、お支払いされた一部負担金の額等が自己負担金額を超えない場合(月別に計算します。)は、還付金はありませんので、お支払いの手続きの必要はありません。ご注意ください。ただし、保険の自己負担割合が3割の方は、2割負担に軽減され、差額が償還払いの対象となります。

【記載例】

※この請求書は居住地を管轄する保健所(窓口)にご提出ください。

特定医療費(指定難病)請求書(調剤薬局用)

福岡県知事殿

令和 6年 4月 5日

特定医療費(指定難病)として下記のとおり請求します。なお、私及び私と同一世帯の者の医療費に関する情報について、貴職と医療機関又は医療保険者の間で情報を提供することに同意します。

請求金額	円	*決定金額	
受給者	住所	〒000-0000 福岡県大牟田市・・・ Tel.0000-00-0000	
	カナ氏名	ケンチョウ タロウ 県庁 太郎	生年月日 M・T 00年 0月 0日生 ⑤・H・R (00歳)
	病名	パーキンソン病	受給者証有効期間 令和5年12月21日から 令和6年10月31日まで
	受給者番号	0000000	自己負担限度額 10,000円
請求者(法定代理人)※	住所 〒	カナ氏名	
請求する理由(○で囲む)	① 受給者の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った治療費の払い戻し ② 一般の認定患者から高額かつ長期・人工呼吸器等装着者に認定されたため、支払った一部負担金の払い戻し ③ その他()		
支払方法(○で囲む)	1 受給者の口座に振替 ② 下記委任状により委任された者の口座に振替 (※いずれの場合も、振替先の口座がわかる通帳の写し等をご提出ください。)		

※受給者が未成年又は成年被後見人の場合は、法定代理人の住所と氏名が必要。(受給者と請求者が同じ場合は記載不要)

受任者=口座名義人

委任状	窓口受領印
私(上記請求者)は下記の者を代理人と定め、貴職からの特定医療費(指定難病)(療養費払い)の受領を委任します。 ○受任者 住所 福岡県久留米市・・・ カナ ケンチョウ ハナコ 氏名 県庁 花子	

県で記入しますので、何も書かないでください

*支払金額決定欄(県作成欄)		◆適用区分		
医療・介護保険の別	受療期間	医療費公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	日 円	円	円
計		円		

○病院・医院の方へ

処方箋の発行年月日の記入を日別に記入してください。 記載対象は指定難病の治療に関する分のみです。

○調剤薬局の方へ

受給者証有効期間内の診療分を記載してください。 月の途中から有効期間が設定されている場合、始期以降のもののみ証明してください。 また、記載対象は指定難病の治療に関する分のみです。

【記載例】

病院・医院記入欄				
指定難病の治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)				
発行年月日	6年 1月 8日	6年 2月 16日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
当機関は難病指定医療機関であり、指定難病として認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。				
6年 3月 21日 医療機関所在地 直方市・・・ 名称 ●●病院 医療機関の長名 院長 ○○ ○○			医療機関コード (0000000) (Tel. 0000-00-0000) (記入者 ▲▲ ▲▲)	

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別(○で囲む)	国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・(協会(本人)・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()		
1 薬剤費の領収済証明(月別に記入すること)			
受療期間(処方日)	総医療費(点数×10円)	定率負担金	備考
6年 1月 9日～ 9日	1日 19,700円	5,910円	
6年 2月 16日～ 16日	1日 51,900円	15,600円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
		円	
2 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収済証明			
受領期間	総医療費	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
計		円	
上記のとおり、指定難病として認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であり、公費併用レセプトによる国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。 また、当調剤薬局は都道府県または政令指定都市に指定された難病指定医療機関であることを証明します。			
6年 3月 22日 調剤薬局所在地 直方市・・・ 名称 ●●薬局 代表者氏名 □□ □□			医療機関コード (0000000) (Tel. 0000-00-0000) (記入者 ◆◆ ◆◆)

記入上の注意

- ①受給者は、左のページの太枠内のみ記入し、*欄は記入しないこと。
- ②様式右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関に記入してもらうこと。
- ③治療費領収書(原本)を添付すること。
- ④振込依頼書(請求書受付窓口に備え付け)を添付すること。
- ⑤治療費の受領を他者に委任する場合は、委任状欄に記入すること。