

※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（訪問看護ステーション用）

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。

請求金額	円	*決定金額	
受給者（請求者）	住所	〒 Tel	
	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・重症患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。)		

### 委任状

私（上記請求者）は下記の者を代理人と定め、福岡県からの特定医療費（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

窓口受領印

*支払金額決定欄（県作成欄）			◆適用区分		
医療・介護保険の別	入・通院の別	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	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
計			円		

### 訪問看護ステーション記入欄

特定医療費（指定難病）にかかる訪問看護・介護予防訪問看護の領収済証明

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 医療保険分 月ごとに記入すること。				
受療期間	サービスの別	総医療費 (点数×10円)	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
計			円	
2 介護保険分 月ごとに記入すること。 介護保険の在宅サービスのうち、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」、「介護予防訪問看護」、「介護予防訪問リハビリテーション」、「介護予防居宅療養管理指導」だけが対象のため、それ以外のサービスについては記入しないこと。				
受療期間	サービスの別	総医療費	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
計			円	
上記のとおり、患者負担金については指定難病として認定されている疾患の治療のため、受給者より領収済であり、公費併用レセプトにより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。				
年 月 日		医療機関コード		
事業所所在地		( )		
名称		(Tel )		
代表者名		(記入者 )		

### 病院・医院記入欄

指定難病の治療にかかる訪問看護指導書発行証明書

上記訪問看護療養費領収済証明については、指定難病として認定されている疾患の治療のために発行した訪問看護指示書によるものであることを証明します。	
年 月 日	医療機関コード
病院・医院所在地	( )
名称	(Tel )
病院・医院の長名	(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(訪問看護ステーション及び病院・医院)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。

※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(訪問看護ステーション用)

福岡県知事殿

令和 3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。

請求金額		円	*決定金額	
受給者(請求者)	住所	〒 812-0000 福岡県筑紫野市〇〇・・・		
	カナ氏名	ふくおか たろう 福岡 太郎	生年月日	M・T 56年 5月 6日生 S・H・R ( 00歳)
	病名	パーキンソン病	受給者証有効期間	令和 2年 11月 1日から 令和 3年 10月 31日まで
	受給者番号	2200000	自己負担限度額	10,000 円
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・重症患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、福岡県からの特定医療費(指定難病)(療養費払い)の受領を委任します。 ○受任者 住所 久留米市〇〇～～ カナ フクオカ タイチ 氏名 福岡 太一	

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	入・通院の別	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	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
医・介	入・通	年 月 日～ 日	日 円	円	円
計			円		

○訪問看護ステーションの方へ

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。

訪問看護ステーション記入欄				
特定医療費(指定難病)にかかる訪問看護・介護予防訪問看護の領収済証明				
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)・ <del>協賛</del> (本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他( )			
1 医療保険分 月ごとに記入すること。				
受療期間	サービスの別	総医療費(点数×10円)	患者一部負担金	備考
3年 3月 1日～ 3日	看・予看	3日 15,800円	4,740円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
計			4,740円	
2 介護保険分 月ごとに記入すること。 介護保険の在宅サービスのうち、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」、「介護予防訪問看護」、「介護予防訪問リハビリテーション」、「介護予防居宅療養管理指導」だけが対象のため、それ以外のサービスについては記入しないこと。				
受療期間	サービスの別	総医療費	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
計			円	
上記のとおり、患者負担金については指定難病として認定されている疾患の治療のため、受給者より領収済であり、公費併用レセプトにより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。				
3年 3月 23日	医療機関コード			
事業所所在地 筑紫野市・・・	( 1234567 )			
名称 訪問看護ステーションX	(Tel 092-001-0001 )			
代表者名 〇〇〇	(記入者 〇〇〇 )			

病院・医院記入欄				
指定難病の治療にかかる訪問看護指導書発行証明書				
上記訪問看護療養費領収済証明については、指定難病として認定されている疾患の治療のために発行した訪問看護指示書によるものであることを証明します。				
3年 3月 24日	医療機関コード			
病院・医院所在地 筑紫野市・・・	( 1234567 )			
名称 〇〇医院	(Tel 092-000-0000 )			
病院・医院の長名 院長 〇〇	(記入者 〇〇 )			

- 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(請求書受付窓口へ備え付け)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。