様式第１０号の２（第１８条関係）

特定疾患治療費請求書（調剤薬局用）

福岡県知事　殿

年　　月　　日

特定疾患治療費として下記のとおり請求します。

請求金額	円		＊決定金額		円
受給者	住所	〒 TEL			
	カナ 氏名	---------- ㊞	生年月日	M・T　年　月　日生 S・H　（　歳）	
	病名		受給者証有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
	公費負担者番号	51406023　・　51406015	自己負担限度額	外来	円
	受給者番号			入院	円
請求する理由（○で囲む）	1　受給者証の交付申請後、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 3　送金（　銀行　支店）　　4　債権者番号（　）				

委　任　状　　年　　月　　日

私は、下記の者を代理人と定め、福岡県からの特定疾患治療費（療養費払い）の受領を委任します。

請求者（受給者）	受任者
住所	住所
氏名　㊞	カナ 氏名　㊞
	請求者との続柄：請求者の（　）

記入上の注意

①受給者は、上記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、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらうこと。
③治療費領収書（原本）を添付すること。
④口座振替による場合は、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・押印すること。

＊支払金額決定欄

医療･介護保険の別	受領期間	医療費公費負担額	医療･介護保険の別	受領期間	医療費公費負担額
医・介	年　月　日～　日	日　円	医・介	年　月　日～　日	日　円
医・介	年　月　日～　日	日　円	医・介	年　月　日～　日	日　円
医・介	年　月　日～　日	日　円	医・介	年　月　日～　日	日　円
医・介	年　月　日～　日	日　円	医・介	年　月　日～　日	日　円
医・介	年　月　日～　日	日　円	医・介	年　月　日～　日	日　円
計					円

病院・医院記入欄

特定疾患医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

特定疾患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（　）

病院・医院所在地

名　称　　（TEL　）

病院・医院の長名　㊞　　（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・国退（本人･家族）・健保等（本人・家族）・国組（本人・家族）・後期高齢・介護・その他（　）

1　薬剤費の領収済証明（月別に記入すること。）

受領期間（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	
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	
計		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、**特定疾患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。

年　　月　　日

調剤薬局所在地　　医療機関コード（　）

名　称　　（TEL　）

代表者氏名　㊞　　（記入者　㊞ ）