

特定医療費(指定難病)支給申請書【償還払い・管理票用】

< この申請について >

- 自己負担上限額管理票に特定医療費を記載されている方で、変更等の手続きで月額自己負担額が減額となり、指定医療機関で既に支払われた医療費に差額が生じた方が対象です。
- 月ごとに1枚作成し、申請してください。(複数枚必要な場合は、コピーしてお使いください。)
- 申請期限は、診療日から5年以内です。
- 支給を決定した医療費は、ご指定の振込先金融機関に約6か月後に振り込まれます。なお、振り込みは通帳記帳にてご確認ください。振込名義は「ナラケンコウスイシ」です。
- 受診の際は、必ず医療受給者証と自己負担上限額管理票を提示してください。受診時に自己負担上限額管理票の提出を忘れた場合は、県からの償還払いの対象外となりますので、ご注意ください。

申請に必要な書類

チェック	対象者	提出書類	説明
<input type="checkbox"/>	全員	特定医療費(指定難病)支給申請書【償還払い・管理票】	申請書の太枠内をご記入ください。記載方法については本紙裏面をご参照ください。
<input type="checkbox"/>	全員	高額療養費等支給状況の確認にかかる同意書	高額療養費や医療付加給付金の支給状況を確認するため、お住まいの市町村及びご加入の医療保険者に県から報告を求めることがありますので、同意をいただいています。
<input type="checkbox"/>	全員	自己負担上限額管理票のコピー	申請該当月の自己負担上限額管理票のコピーが必要です。
<input type="checkbox"/>	該当者のみ	各種保険者発行の高額療養費支給決定通知書(コピー可)	高額療養費(※)の対象となる方は手続きをお願いします。手続き後、保険者から高額療養費支給決定通知書が送付されますので提出してください。
<input type="checkbox"/>	該当者のみ	医療保険付加給付金支給決定通知書(コピー可)	健康保険組合や共済保険等で付加給付制度のある方は、給付決定通知書を提出してください。また、申請書裏面には健康保険組合(共済)名と電話番号を記入してください。

※高額療養費制度については、現在加入されている健康保険組合、全国健康保険協会、市町村(国民健康保険、後期高齢者医療制度)、国民健康保険組合、共済組合までお問い合わせください。

申請書記載について(表面)

特定医療費（指定難病）支給申請書【償還払い・管理票用】									
令和 年 月 分					*日付は必ずご記入ください (R3.4月)				
奈良県知事 殿					令和 年 月 日				
自己負担上限額管理票の写しを添え、下記のとおり特定医療費（指定難病）の支給を申請します。									
申請者氏名 (受給者本人)	ふりがな			印	疾患名				
					電話番号				
申請者住所	〒 -								
受給者番号			生年月日		T・S・H・R	年 月 日		(歳)	
振込先 金融機関	銀行コード			銀行・農協・信用組合・信用金庫					
	店番			支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
	フリガナ				口座番号				
	名義人								
委任欄	※申請者以外の口座を指定するときは、この欄に必ず署名してください 令和 年 月 日								
	私は、特定医療費の受領の権限を、代理人： (続柄：) に委任します。 申請者 印								
福祉医療制度等の受給	無 ・ 有 【障 ・ こども(乳幼) ・ ひとり親 ・ 重 ・ 精】 ※該当するものに○をつけてください								
公費負担者番号			認定開始年月日		平成・令和 年 月 日				
自己負担上限額	円		階層区分			適用区分			
加入保険の種別	協会けんぽ・健組・共済・国保・国組・退職国保・後期高齢者					本人 ・ 家族			

必ず申請日をご記入ください。

押印してください。

振込先金融機関は原則受給者本人名義としてください。
(受給者以外の名義の場合は、委任欄を記入してください。)

【受給者のみなさまへ】裏面に注意事項がありますので、必ず読んでいただき、別紙 同意書をご記入下さい。

※保健所記入欄

相手方コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請書記載について(裏面)

- 健康保険組合等からの医療付加給付金がある場合は、支給決定通知書等（コピー可）を添付してください。
 - 健康保険組合（共済）名： _____
 - 健康保険組合（共済）電話番号： _____
- 特定医療費の支給額決定には、上記医療付加給付金等の支給状況を把握する必要があるため、申請から医療費の支給までに約6か月程かかります。
また、支給状況の確認のため、お住まいの市町村及びご加入の医療保険者に報告を求めることがあります。

付加給付制度のある方は、健康保険組合(共済)名と電話番号を記入してください。

提出先・問い合わせ先

お住まいの地域を管轄する保健所へ提出ください(通知文に記載しています)。