

# 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

奈良県知事 殿

\*日付は必ずご記入ください (R3.4改訂)

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。 <div style="text-align: right;">申請者 _____ 印</div>						
	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	

【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	_____	_____	_____	_____
--------	-------	-------	-------	-------

【受給者のみなさまへの注意事項】

1. この申請書は、窓口で支払った医療費が自己負担上限額管理票に記載されている方で、自己負担上限月額の変更等によりすでに保険診療で支払った額の差額の還付を請求する際に使用してください。

この用紙は、月ごとに1枚使用してください。

受診時に自己負担上限額管理票の提出を忘れた場合は、償還払いの対象外となりますので、ご注意ください。

2. 申請の際は、自己負担上限額管理票の該当月のコピーを一緒に提出してください。

3. 申請者と振込先の口座名義人は原則受給者本人としてください。申請者（受給者）以外の口座を振込先に指定するときは、表面の委任欄を記入してください。

4. 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： \_\_\_\_\_

5. 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。

# 高額療養費等支給状況の確認にかかる同意書

特定医療費（指定難病）の支給を受けるにあたり、必要があるときは、私の居住する市町村や加入する医療保険者に、高額療養費や医療付加給付金、福祉医療等の支給状況につき、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

申請者氏名  
(受給者氏名)

---

住所

---

申請者＝被保険者  
国保  
後期高齢 の場合は記入不要

被保険者氏名

---

住所

---