

特定医療費（指定難病）償還払申請書

岡山県知事 殿

関係書類を添えて、医療費の支給を申請します。
また、この申請に関して、岡山県が必要に応じ医療機関及び保険者等に対し、照会することについて同意します。

申請者 18歳未満の場合は、保護者が申請者になります。

| | | | |
|------|---|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ | | 患者との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| | | | |

患者（特定医療費（指定難病）受給者）

| | | | | | | | | | |
|----|---------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 受給者番号 | | | | | | | |
|----|---------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|

振込先金融機関 口座名義人は申請者と同一になります。

| | | | | | | | | | |
|-------|----------------|---------------|---------------|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行・農協 信金・信組 | 口座番号 | | | | | | | |
| 支店名 | 支店 普通 | 口座名義人 (カナ) | カタカナで記入してください | | | | | | |

委任欄 申請者と患者が異なる場合は記入が必要です。(患者が18歳未満で、保護者が申請する場合は不要)

私（患者）は、上記申請者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者（患者）住所

氏名

| | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 振込先口座のわかるもの（通帳2ページ目など）の写し <input type="checkbox"/> 診療報酬等領収証明書（様式第9号） <input type="text" value=""/> 枚 <input type="checkbox"/> 自己負担額管理票（受給者証）の写し |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|--------|
| 保健所受理印 |
|--------|

申請書記入例

申請者 18歳未満の場合は、保護者が申請者になります。

| | | | |
|------|----------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ | オカヤマ タロウ | 患者との続柄 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 氏名 | 岡山 太郎 押印不要 | 電話番号 | 0 9 0 0 0 1 2 3 4 5 6 |
| 住所 | 〒 700-8570 岡山市北区内山下2-4-6 ○○アパート ○号室 | | |

患者（特定医療費（指定難病）受給者）

| | | | | | | | |
|----|--------------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| 氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 患者氏名 申請者欄と同じ内容 であれば省略 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|--------------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|

振込先金融機関 口座名義人は申請者と同一になります。

| | | | | | |
|-------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------|----------|
| 金融機関名 | 岡山 | 銀行・農協 信金・信組 | 口座番号 | ゆうちょ銀行の場合、 支店名は漢字の店名（例：五四八）、 口座番号は7桁を記入 | |
| 支店名 | 倉敷 | 支店 | 普通 | 口座名義人 (カナ) | オカヤマ タロウ |

口座名義人は通帳などを見ながら正確に記入してください。

委任欄 申請者と患者が異なる場合は記入が必要です。（受診者が18歳未満で、保護者が請求する場合は不要）

私（患者）は、上記申請者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者（患者）住所

氏名

患者ご本人が申請されない場合は委任欄の記入が必要です。

申請にあたっての注意事項

- 診療報酬等領収証明書は、指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- 支給認定期間内の指定難病に係る医療費及び介護保険制度に基づくサービス費が支払いの対象になります。（入院時の食事療養費・生活療養費は対象となりません。）
- 入院時の食事療養費・生活療養費は、医療保険の制度で軽減される場合があります。詳しくは、ご加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。
- 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費は、この申請に含むことはできません。

※ 高額療養費制度の詳細については、ご加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。