

特定医療費請求書

(令和 年 月分)

島根県知事様

令和 年 月 日

次のとおり請求します。

※保健所記載欄

金 円 [請求額=③-(②又は①の小さい方)]債権者
番号

※保健所記載欄

請求者・受給者情報				
請求者 情報	氏名		受給者との 続柄※	電話番号
	住所			

※ 請求者と受給者の続柄が「本人」以外の場合は、下記委任状が必要です

受給者氏名		受給者番号	
疾病名		有効期間開始日 ※保健所記載欄	令和 年 月 日

自己負担上限額管理票		医療保険に関する情報 (※保健所記載欄。医療保険上の本人負担割合)		
自己負担上限額 ①		円	本人負担割合※	3割・2割・1割
		適用区分	(分かれれば記載)	

同じ月に難病以外の治療や処方を受けていますか	提出された領収証には難病以外の治療も含まれていますか
はい ・ いいえ ・ 分からない	はい ・ いいえ ・ 分からない

特定医療費に関する医療費 (認定された疾病にかかる医療費) ※記入欄が不足する場合は、別紙に記入ください				
診療等期間	指定医療機関名	総医療費 (円) [総点数×10円]	総医療費の2割の額 ※医療費の負担割合が 1割の方は1割 ※10円未満の端数は 四捨五入	窓口支払額(円) [領収書記載額]
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
自己負担上限額管理票当月分の記載有無 □なし □あり ※ありの場合累積額を記入→				
高額療養費の支給決定通知に記載してある額 (該当者のみ)			△ (引いてください)	
小 計 (別紙のない方は記入不要)				
合 計			②	③

(委 任 状) ※請求者が受給者と異なる場合に記載
私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定医療費の請求及び受領について委任します。
令和 年 月 日 受給者(委任者) 住所
氏名

- 注1 添付書類… □ 受給者証の写し □ 自己負担上限額管理票の写し □ 領収書原本 (管理票に記載のものは省略可)
□ 口座振替申出書 (県に口座登録がない方のみ・様式は保健所にあります。県HPにも掲載しています)
□ 預金通帳の写し (口座番号とカナ口座名義がわかるページの写し) □ 高額療養費の支給決定通知 (該当者のみ)
- 注2 入院時の食事療養費は、医療保険の制度で軽減される場合があります。詳しくは、加入している医療保険者 (保険証等に記載してある、後期高齢者広域連合、市町村、組合等) へお問い合わせください。
- 注3 マイナポータルで現在の高額療養費の適用区分が確認できますが、受診された時から変更になっている可能性もあります

