

特定医療費請求書
(令和2年1月分)

記載例

但書不適用

島根県知事様

令和2年2月1日

次のとおり請求します。

金 13,530 円

債権者 番号	99999999 ※保健所記載欄
-----------	---------------------

[請求額=③-(②又は①の小さい方)+⑤-④]

請求者 情報	氏名	島根太郎	島根印	受給者との 続柄※	本人	電話番号	0852-22-1234
	住所	〒690-8501 松江市殿町1番地					

※ 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	島根太郎	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
疾病名	パーキンソン病	有効期間開始日※	令和元年11月1日						
自己負担上限額【A】	5,000 円	適用区分※	ウ	本人負担割合※	3割 2割・1割				

※保健所記載欄。本人負担割合は、医療保険上の本人負担割合を記載。

自己負担上限額管理票		自己負担累積額【B】	受給者負担残額【C】
当月分の記載有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※ありの場合→	① 2,000 円

※【C】=【A】-【B】

入院時食事療養費以外				
診療等期間	指定医療機関名	総医療費(円) [総点数×10円]	受給者証適用後 負担額(円)※	窓口支払額(円) [領収書記載額]
5日～15日	□□病院	42,170	8,430	12,650
15日～15日	○○薬局	9,610	1,920	2,880
日～日				
日～日				
日～日				
小計		51,780	10,350	15,530
合計		51,780	② 10,350	③ 15,530

※ 10円未満の端数は四捨五入してください。また、1割負担の方は1割負担額を記載してください。

入院時食事(生活)療養費			
入院期間	指定医療機関名	自己負担額(円)※	窓口支払額(円)
日～日			(食)
日～日			(食)
合計		④	⑤

※ 入院時食事(生活)療養費については、以下に該当する場合を除き公費負担の対象外です。

- 受給者証に記載の公費負担者番号が「54325014」の場合…1/2を公費負担
- 受給者証に記載の自己負担上限額が「0円」の場合…全額公費負担

(委任状)

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。

年 月 日

受給者(委任者)住所

氏名

印

※請求者が受給者と異なる場合に記載

注1 償還払の対象となる医療費は、認定された疾病にかかるもののみです。

注2 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 □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)

注3 高額療養費の自己負担限度額を超えた額については、加入している医療保険から支給されます。