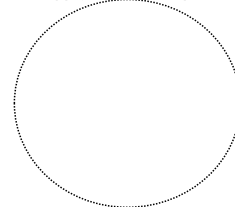


特定医療費請求書
(年 月分)



島根県知事様
次のとおり請求します。

年 月 日

金 円

請求額 = (② - (③又は①の小さい方)) ※ + ④ - ⑤
※ 0円未満の場合は0円とする

保健所 記入欄	債権者番号

請求者住所

氏名

印

受診者
との続柄 ()

※ 請求者が受診者本人以外の場合は、下記委任状が必要です

受診者氏名		受給者番号					
疾病名		自己負担上限額(円)	①				

入院時食事療養費以外			
診療等期間	指定医療機関名	窓口支払額(円)	自己負担額(円) (2割負担分)
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
合計		②	③

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

(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
受診者(委任者)住所
氏名 印

- ※1 領収書原本(自己負担上限額管理票で確認できるものは省略可能)及び受給者証の写しを添付してください。(対象となる領収書は、認定された疾病にかかるもののみです)
- ※2 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
- ※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。
- ※4 記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。

特定医療費請求書 別紙 (年 月分)

受診者氏名		受給者番号					
-------	--	-------	--	--	--	--	--

入院時食事療養費以外			
診療等年月日	指定医療機関名	窓口支払額(円)	自己負担額(円) (2割負担分)
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
合計		②	③

入院時食事療養費			
診療等年月日	指定医療機関名	窓口支払額(円)	※自己負担額(円) 標準負担額の1/2
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
日～ 日			
合計		④	⑤

※ ②～⑤の金額を特定医療費請求書（様式第9号）に転記してください。