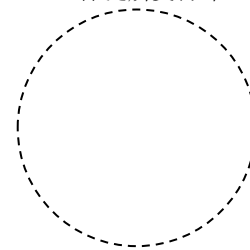


特定疾患治療研究費請求書

島根県知事様

下記のとおり請求します。

金 _____ 円



年 月 日

請求者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____

*続柄は受給者からみた場合
(本人以外の場合は、下記委任状の記入が必要です。)

受給者氏名	_____
特定疾患名	_____
受給者番号	_____

特定疾患治療研究費支払証明

保険種別	健保 (本人 家族) 国保 (一般 退職本人 退職家族) 後期高齢 共済 (本人 家族) 船員 (本人 家族) 介護 その他 (_____)
------	---

高齢受給者証 (有 無)	_____	保険負担割合	7割 8割 9割 (_____)割
----------------	-------	--------	---------------------

診療年月日	区 分	総医療費 (本事業による医療費助成の対象となる額) (A)	患者本人負担額 (Aの額に対する本人負担額) (B)	自己負担限度額 (Bが高額療養費の償還払対象となる場合のみ記入) (C)	請求額 B又はCでいずれか少ない額 (D)
年 月 日 ~ 日	入院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年 月 日 ~ 日	入院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年 月 日 ~ 日	入院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
計					円

年 月 日

上記のとおり特定疾患治療研究費として相違ありません。

医療機関等 所在地
名 称
職・氏名

印

(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疾患治療研究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

- ※ 1 領収書及び受給者証の写しを添付してください。
- 2 院外処方の場合は、処方せんの写しも添付してください。
- 3 領収書の返還をご希望の方は、「償還手続済」印を押印後、返還しますのでお知らせください。
領収書の返還を希望 (する ・ しない)

裏面に注意事項等が記載してありますのでご覧ください。

※保健所記入欄	債権債務者番号	_____
---------	---------	-------

請求者の皆様へ

(特定疾患治療研究費請求書)

- 1 特定疾患治療研究費について、医療機関、薬局又は介護サービスにおいて医療費等の軽減が受けられなかったときは、この請求書を利用して、島根県知事に対し医療費等の償還払いを請求することができます。
- 2 償還払いの対象となる医療費等は、受給者証に記載されている有効期間内のものに限りです。

医療機関、薬局、訪問看護事業者の皆様へ

(記載にあたっての注意事項)

- 1 本事業の対象となる医療は、通院、入院を問わず、また、重症患者であるか否かにかかわらず、認定に係る対象疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療にかかるものです。したがってこれ以外のもの(いわゆる併発病等)については、本事業の対象とはなりませんのでご注意ください。
- 2 診療年月日は、受給者証に記載されている有効期間内に限りです。
- 3 支払証明者は、領収書発行者と同一とします。

県記入欄

検査 (確認)	年月日	場 所	職 氏名