

特定医療費（指定難病）償還払申請書

広島県知事 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、広島県が必要に応じて医療機関・薬局及び保険者等に対し照会することについて同意します。

申請月	年 月～	年 月分	(ただし、	年 月分を除く。)
-----	------	------	-------	-----------

患者（特定医療費（指定難病）受給者）

氏名		受給者番号									
----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者

※申請者が受取人となります。患者以外の者が申請者となる場合は、委任欄への記入が必要です。
※患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者になります（委任欄への記入は不要です。）。

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				
氏名			<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 成年後見人				
住所	〒	電話番号	<input type="checkbox"/> 親族（ ）						
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 カタカナで記入	<input type="checkbox"/> 口座名義人は申請者と同一です					

委任欄 患者以外の者が申請者となる場合のみ記入（患者による自署、押印が必要）

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）償還払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 印

※受任者（代理人）は、来所申請する際は、代理人本人であることが確認できるものを提示してください。
また、郵送申請の場合は、確認できるもののコピーを追加してください。例：運転免許証、マイナンバーカードなど

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）のコピー
	<input type="checkbox"/>	診療報酬等領収証明書（様式第11号） 枚
	<input type="checkbox"/>	受給者証・自己負担上限額管理票のコピー

保健所收受印

裏面の記入例や注意事項をご確認ください

申請書の記入例

申請月	年 月～ 年 月分 (ただし、年 月分を除く。)
-----	--------------------------

患者 (特定医療費 (指定難病) 受給者)

氏名	東 部 安 芸	受給者番号	
----	---------	-------	--

※申請者が受取人となります。患者以外の者が申請者となる場合は、委任欄への記入が必要です。
 ※患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者になります (委任欄への記入は不要です。)

申請者

フリガナ	トウブ アキ	患者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 父母
氏名	東 部 安 芸 押印不要		<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 成年後見人
住所	〒722-0002	電話番号	0 9 0 0 0 1 2 3 4 5 6		
	尾道市古浜町 26-12				
金融機関名	広島 銀行 ・農協 信金・信組	口座番号	0 口座名義人は通帳等を見て、 正確にカタカナで記入。		
支店名	県庁 支店 普通	口座名義人 カタカナで記入	口座名義人は申請者と同一で トウブ アキ ↓		

「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桁を記入して下さい

成年後見人の場合、財産管理用の口座名義
「成年被後見者〇〇、成年後見人△△」を
記入して下さい

委任欄 患者以外の者が申請者となる場合のみ記入

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) 償還払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 印

申請にあたっての注意事項

(患者による自署、押印が必要)

- 診療報酬等領収証明書は、難病指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- 認定された指定難病に係る医療費のうち、支給認定期間内に難病指定医療機関で受けた、健康保険及び介護保険が適用される医療費については、支払対象になります。
ただし、保険適用外の費用やサービス、入院時の食事療養費や生活療養費は、対象外です。
また、介護保険は支払対象のサービスに限られるので、難病指定医療機関にご相談ください。
- 高額療養費制度で払戻し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。
高額療養費制度については、市町国民健康保険や被用者保険など、加入している医療保険者にお問い合わせください。
- 10割負担や生活保護など、既に清算済の場合は対象外です。