

# 特定医療費請求書（医療）

（太枠内のみ記入してください。）

公費負担者番号																太枠の中を記入し、病院や薬局ごとに証明を受けてください。請求書は区の担当窓口へ提出いただくか、健康福祉局国民年金・福祉医療課まで郵送してください。振込までは2か月程度かかります。
受給者番号																
患者	フリガナ氏名											指定難病に係る特定医療費（医療）を請求します。 当該特定医療費は、左記の口座に振り込んでください。  （宛先）川崎市長 年 月 日				
	生年月日	年 月 日										氏名				
振込先	金融機関	銀行		支店		本店・支店・出張所						住所〒				
		信用金庫		支店												
		信用組合		支店												
		協同組合		支店												
	ほか（		）								電話番号					
	口座番号	1 普通											患者との続柄			
		2 当座														
	フリガナ															
	口座名義人															

原則として振込口座は受給者名義（患者又は患者が18歳未満の場合は保護者）のものに限ります。それ以外の名義の口座への振込を希望される場合は、委任状が必要です。

以下は医療機関等記入（網掛け部分は川崎市記載）欄となります。 ※指定医療機関ではない医療機関での医療費は払戻しできませんので、御注意ください。

特定医療費証明書（指定医療機関証明欄）						事務処理欄 (この欄は記入しないでください。)					
診療年月	保険負担割合	限度額適用認定証提示の有無 (該当するものに○印を付けてください。)	診療区分 (該当するものに○印を付けてください。)	診療日数	月の総点数 指定難病治療と認められる点数 (A)	指定難病に係る患者からの領収額 (B)	有効期間開始日 年 月 日				
							患者一部負担金相当額 (C)	B-C (D)	2割負担相当額 (A×2) (E)	B-E (F)	支給決定額
年 月	割	有・無	入院 外来 調剤 訪看	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無	入院 外来 調剤 訪看	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無	入院 外来 調剤 訪看	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無	入院 外来 調剤 訪看	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無	入院 外来 調剤 訪看	日	点 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無	入院 外来 調剤 訪看	日	点 点	円	円	円	円	円	円
備考		(患者からの領収額が点数×10×保険負担割合とならない場合などに、理由を記入してください。)									

証明書発行手数料 (医療費の払戻しがある場合に限り、1,140円を限度として証明書発行手数料を払戻しできます。)	円	D欄とF欄を比較して、高い金額を支給決定額とする。
---	---	---------------------------

上記のとおり領収していることを証明します。 年 月 日

指定医療機関 住所			小
氏名	指定医療機関名	担当部署名	証
(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)	電話番号	コード	計
印			

申請者の方へ 必ず御確認ください。 診療月の翌月の1日から5年間は申請が可能です。

○特定医療費を申請されてから医療受給者証が実際に手元に届くまでの間に、自己負担限度額を超えて支払ったとき、又は指定医療機関の窓口で特定医療費の軽減が受けられなかったときは、この申請書を利用して払戻しを請求することができます。

○請求することができるのは、指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療並びに医療保険を使用した訪問看護に係る特定医療費に限ります。認定された指定難病に関わりのない治療（けが、虫歯の治療など）や、保険適用外のサービス（差額ベット代など）は払戻請求の対象となりません。

○介護保険を使用した訪問看護等の払戻しの場合には別途、特定医療費請求書（介護）（第12号様式）で請求してください。

○請求金額のうち、高額療養費該当分は控除して支給します。高額療養費の払戻しはこの請求書で行うことはできません。高額療養費については医療保険の保険者（国民健康保険や健康保険組合など）にお問合せください。

※この請求書を使って払戻請求していただく対象月に、既に特定医療費（指定難病）医療受給者証を使って医療を受けた場合は、特定医療費自己負担上限額管理票のコピーを添付してください。記載してある対象月の自己負担累計月額を控除いたします。

書類（請求書）の送付先

住所：〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市健康福祉局医療保険部国民年金・福祉医療課難病医療担当  
TEL：044-200-1979

指定医療機関の方へ【記載例】（適用区分一般のケース）

特定医療費証明書（指定医療機関証明欄）						
診療年月	保険負担割合	限度額適用認定証提示の有無 （該当するものに○印を付けてください。）	診療区分 （該当するものに○印を付けてください。）	診療日数	月の総点数	指定難病に係る患者からの領収額
		限度額適用認定証の適用区分 （有の場合は記入してください。）			指定難病治療と認められる点数 (A)	
令和〇年4月	3割	有・ <b>無</b>	入院 <b>外来</b> 調剤 訪看	2日	6,000点 5,000点	15,000円
令和〇年5月	3割	<b>有</b> ・無 ウ	<b>入院</b> 外来 調剤 訪看	10日	40,000点 40,000点	81,430円

- 診療年月…診療年月を記入してください。
- 保険負担割合…当該診療年月の保険負担割合を記入してください。
- 限度額適用認定証提示の有無…当該診療年月について、限度額認定証の提示の有無に○を付けてください。
- 限度額適用認定証の適用区分…限度額認定証の提示があった場合は、適用区分を記入してください。
- 診療日数…診療日数を記入してください。
- 診療区分…該当する診療区分に○を付けてください。
- 月の総点数…当該診療年月の医療費の総点数を記入してください。
- 指定難病治療と認められる点数…医療費の総点数のうち、指定難病治療に係る医療費の点数を記入してください。
- 指定難病に係る患者からの領収額…上記の指定難病治療と認められる点数について、患者からの領収金額を記入してください。