

特定医療費支給申請書

受付番号

--	--	--	--	--	--	--	--

相模原市長 あて

指定難病に係る特定医療費について、次のとおり申請します。

なお、当該支給額の算定にあたり、必要がある場合には、医療機関、保険者等へ問い合わせることを承諾します。

※太枠の中を記入し、受給者証を持参の上、病院や薬局ごとに証明を受けてください。

申請者 (送付先)	フリガナ氏名			申請日	年 月 日
	※自署の場合は押印不要				
※申請者が患者又は保護者以外の場合、裏面にも記入欄があります。	住所	〒 —			
	電話番号	患者との続柄			
公費負担者番号	5 4 1 4	受給者番号			
フリガナ患者氏名			生年月日	年 月 日	
振込先	銀行・金庫 信用組合・農協			店・支店 支所・出張所	
				※ゆうちょ銀行の場合は数字3桁	
口座番号	普通			口座名義人(カタカナ)	※カタカナで記入
患者又は保護者と口座名義人が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。					

特定医療費証明書(医療機関等記入欄)							口座確認 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未					
特定医療費(指定難病)医療受給者証の有効期間開始日			年 月 日から				市記入欄 <small>※記入しないでください。</small>					
証明書発行手数料 <small>医療費の払戻しがある場合に限り、市が定める上限額まで払戻しできます。</small>			円 (H)									
診療年月	保険負担割合 <small>(本人負担分)</small>	限度額適用認定証の提示		診療区分 <small>(該当するものに○をしてください。)</small>	診療日数 <small>(難病分)</small>	月の総点数 指定難病治療と認められる点数(A)	患者からの指定難病に係る領収額(B)	一部負担相当額(C)	B-C(D)	2割負担相当額 A×2(E)	B-E(F)	支給決定額(DとFで高い方)(G)
		提示	有の場合区分									
年 月	割	有・無		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円
年 月	割	有・無		入院・外来 調剤・訪問看護	日	総 点 難 点	円	円	円	円	円	円
備考欄 (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、その理由を記載してください。)												

上記のとおり領収していることを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
代表者氏名

担当部署
担当者名
連絡先
医療機関コード

小(G)	計決
証(H)	計確
計 (/)	シ入
決	シ確

委任状 【申請者が患者又は保護者以外の場合(相続人除く)】

相模原市長(前渡金管理者)あて

私は、下記の者を代理人と定め、相模原市への特定医療費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 住所

受任者 住所

(患者又は保護者) 氏名

氏名

※自署の場合は押印不要

※自署の場合は押印不要

誓約書 【申請者が相続人の場合】

相模原市長(前渡金管理者)あて

被相続人(亡くなられた患者)に係る特定医療費の申請及び受領に関し、他の相続人から異議の申し立てがあった場合は、申請者の責任において当事者間で解決することを誓約します。

年 月 日

申請者 住所

被相続人 住所

(相続人) 氏名

氏名

※自署の場合は押印不要

被相続人との関係

死亡年月日 年 月 日

■ 申請者の方へ

受給者証の有効期間内に、指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等)で自己負担上限額を超えて支払いをしている場合や、特定医療費の軽減(2割負担)が受けられなかった場合などに、払戻しの請求ができます。(証明書発行手数料は、医療費の払戻しがある場合に限り、市が定める上限額(H30.4.1現在1,140円)まで払戻しできます。)

必要書類	備考
特定医療費支給申請書	指定医療機関で証明を受けてください。領収額等を自己負担上限額管理票のみで確認できる場合は、証明欄の記入は不要です。
自己負担上限額管理票の写し	自己負担上限額の変更による払戻しや、払戻し請求をする対象月に既に自己負担上限額管理票を使用した場合は、添付してください。
振込先の預金通帳の写し	口座番号や口座名義人が確認できる箇所をコピーしてください。
戸籍など被相続人との関係が分かる書類	相続人の場合に添付してください。ただし、住民票上同一の世帯(相模原市内に限る)の場合は、不要です。

■ 注意事項

- 高額療養費として健康保険から払戻しされる分や他の公費から支給される分については、差し引いてお支払いします。
- 医療費助成制度(マル障、マル親、小児)については、特定医療費(指定難病)の支給額を差し引いた一部負担金に対して、適用されます。重複して申請することはできません。
- 医療費助成制度(マル障、マル親、小児)の現物給付がある場合、公費負担者に対し、支払いをすることがあります。
- 介護保険を利用した場合の払戻し請求は、「特定医療費(介護給付等)支給申請書」を使用してください。
- 支給決定通知書は、申請者あてに送付します。

■ 書類の送付先・問合せ先

送付先 : 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班

問合せ先 : 疾病対策課 難病対策班 042-769-8324 (直通)

※窓口へ直接申請される場合は、各保健センターに提出してください。

■ 指定医療機関の方へ【記載例】

受給者証に記載されている疾病に関する治療で、受給者証の有効期間内に実際に支払われたものを記載してください

特定医療費証明書(医療機関等記入欄)						
特定医療費(指定難病)医療受給者証の有効期間開始日		平成 30 年 5 月 1 日 ← 受給者証の有効期間開始日を記入してください。				
証明書発行手数料		1,080 円 ← 発行手数料を徴収した場合、記入してください。				
診療年月	保険負担割合	限度額適用認定証の提示 有の場合 提示 有 無	診療区分 (該当するものに○をしてください。)	診療日数	月の総点数 指定難病治療と認められる点数(A) (B)	
					総	患者からの指定難病に係る領収額
一般的な例	30年5月	3割	無	入院(外来) 調剤・訪問看護 3日	総 5,000点 難 5,000点	15,000円
入院の例 (認定証提示無)	30年6月	3割	有	入院(外来) 調剤・訪問看護 10日	総 100,000点 難 100,000点	300,000円
入院の例 (認定証提示有)	30年7月	3割	有	入院(外来) 調剤・訪問看護 10日	総 100,000点 難 100,000点	87,430円
総点数と難病治療の点数が異なる例	30年8月	2割	有	入院(外来) 調剤・訪問看護 1日	総 3,000点 難 2,000点	4,000円

受給者証の有効期間開始日以降かつ、平成30年4月以降の診療分を記入してください。
※平成30年3月診療分までは、神奈川県知事へ申請する必要があります。

限度額適用認定証の提示「有」の場合は、区分を記入してください。

月の総点数と指定難病治療と認められる点数が異なる場合、指定難病に係る領収額を記入してください。