

特定疾患医療費交付申請書（入院用）

申請年月日：平成 年 月 日

岐阜県知事 様

交付申請者（〒 - ）

住 所 _____ 印 _____

氏 名 _____

電話番号（ _____ ） - _____

対象患者加入保険の種類 1 社保本人 2 社保家族 3 国保（一般） 4 国保（退職者本人） 5 国保（退職者家族） 6 老保

月額自己負担限度額（入院） _____ 円

下記のとおり請求します。

受給者番号		対象患者氏名		交付申請者との続柄		交付申請金額		
						円		
振込口座	銀行名等	銀行・信金・信組・農協					支店	
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号				
口座	フリガナ							
	講座名義人氏名							

（医療機関証明欄）

【記入上の留意事項】

- 1 特定疾患医療受給者証の有効期間を確認して、月ごとに記入してください。
- 2 有効期間の始期が月の途中となる場合は、上段に1か月全ての診療分を、下段に有効期間内の特定疾患に関する診療分を記入してください。
- 3 1か月全部が有効期間内の場合は、下段に特定疾患に関する診療分を記入してください。
- 4 「食事療養費標準負担額」欄は、該当しない場合は「0」を記入してください。
- 5 入院外分の証明は、様式第10の2を使用してください。

特定疾患医療受給者有効期間：平成		年	月	日	～	平成	年	月	日	* 支払確定額 内 訳
診療年月	診療科名	入院日	診療報酬明細書による点数(上記留意事項参照) A	自己負担割合 B	保険診療分自己負担金 A×10×B=C	食事療養費標準負担額 D	患者自己負担金合計 C+D=E			
年 月		日～日 計 日	点	3割	円	円	円	円		
		日～日 計 日	点	2割	円	円	円	円		
年 月		日～日 計 日	点	3割	円	円	円	円		
		日～日 計 日	点	2割	円	円	円	円		
年 月		日～日 計 日	点	3割	円	円	円	円		
		日～日 計 日	点	2割	円	円	円	円		
年 月		日～日 計 日	点	3割	円	円	円	円		
		日～日 計 日	点	2割	円	円	円	円		

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

所在地 _____

名称 _____

代表者 _____ 印 _____

医療機関コード _____

* 支払確定額

円

（保健所受理印）

注意1 太枠で囲んだ部分は医療機関で証明を受けてください。 注意2 *欄は記入しないでください。
 注意3 自己負担額（月単位）が高額医療費制度の自己負担額を越えた場合、その越えた額については保険者に高額療養費の請求を行い、保険者からの支給決定通知書を添付してください。