

特定疾患医療費交付申請書（入院外用）

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（外来等） \_\_\_\_\_ 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記入してください。
- 2 有効期間内の特定疾患に関する医療費について、月ごとに記入してください（有効期間の始期が月の途中となる場合は特に注意してください）。
- 3 「薬剤一部負担金」欄は、該当ない場合は「0」を記入してください。
- 4 入院分の証明は、様式10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	診療日数 月計	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 $A \times 10 \times B = C$	薬剤一部負担金 D	患者自己負担金 合計 $C + D = E$	
年 月		日	点	3割 2割 1割	円	円	円	円
年 月		日	点	3割 2割 1割	円	円	円	円
年 月		日	点	3割 2割 1割	円	円	円	円
年 月		日	点	3割 2割 1割	円	円	円	円
上記のとおり証明します。 平成 年 月 日							* 支払確定額 円	
所在地 _____ 名称 _____ 代表者 _____ 印 _____ 医療機関コード _____							(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。