

特定医療費（指定難病）請求書（自己負担上限額差額請求用）

年 月 日

栃木県知事 様

請求者 住所

電話番号 \_\_\_\_\_

(氏名がな)  
氏名

受給者との続柄 ( )

振込口座 金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_

預金種目（普通） 口座番号（請求者名義）

○受給者と請求者が異なる場合は、必ず記入してください。  
ただし、受給者が未成年、請求者が保護者の場合には、記入は不要です。

私（受給者）は、上記請求者に対し、  
特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。

年 月 日

受給者 住所

氏名

自己負担上限月額の変更に伴い、上限月額を越えて支払った自己負担額として、次のとおり請求します。

支払年月	変更前の受給者証の 自己負担上限月額	現在の受給者証の自己 負担上限月額	※助成額
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円

※決 定 額

※県が記入する欄

※欄は記入しないでください。

- 1 黒色ボールペン又は黒インクを使用して、記入してください。（鉛筆書き等では受理できません。）
- 2 請求時には、①加入する健康保険証、②振込先口座の預金通帳、③受給者証、④窓口支払額（自己負担額）を確認できる自己負担上限額管理票（該当月が確認できるもの）を必ず持参してください。
- 3 窓口支払額が、変更後の自己負担上限月額に満たない場合は、請求することはできません。
- 4 医療機関証明欄は、受給者証提示忘れ等により、自己負担上限額管理票に窓口支払額（自己負担額）の記載がない（出来なかった）場合のみ、医療機関に記載・証明を依頼してください。

【医療機関証明欄】 この欄は、自己負担上限額管理票に窓口支払額（自己負担額）の記載がない場合のみ、医療機関に記載・証明を依頼してください。

受給者番号	受給者氏名 (患者氏名)	指定難病疾病		

（公費対象開始日 年 月 日～） 保険診療証明（患者生年月日・年齢 年 月 日： 歳）

診療年月	公費負担対象の総点数、金額 (対象疾病に要した医療費総額等)	左記のうち患者の窓口支払額
年 月	入院・外来・薬剤の計 日 点	入院・外来・薬剤の計 日 円
	基本利用料（訪問看護） 日 円	訪問看護 円
	標準負担額（食事） （入院時生活療養費） 食 円	標準負担額 （食事及び入院生活療養費） 円
年 月	入院・外来・薬剤の計 日 点	入院・外来・薬剤の計 日 円
	基本利用料（訪問看護） 日 円	訪問看護 円
	標準負担額（食事） （入院時生活療養費） 食 円	標準負担額 （食事及び入院生活療養費） 円
年 月	入院・外来・薬剤の計 日 点	入院・外来・薬剤の計 日 円
	基本利用料（訪問看護） 日 円	訪問看護 円
	標準負担額（食事） （入院時生活療養費） 食 円	標準負担額 （食事及び入院生活療養費） 円

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地  
医療機関等 名称  
代表者名  
TEL

←本欄内は医療機関等において記入してください