

特定医療費（指定難病）支給申請書（請求書）【療養費払分】

※この申請書は、熊本市において支給決定した後は、請求書として取り扱います。

受給者	受給者番号							自己負担上限額	円				
	受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						適用区分					
	フリガナ							生年月日	年 月 日				
	氏 名												
加入保険の種類別		市町村国保・国保組合・協会けんぽ 共済・健保組合・後期高齢・その他						付加給付の有無	有（ 円）・無				
振込口座 ※申請者（請求者）名義の口座を記入	金融機関名	銀行・農協 信金・信組						支店名	支店出張所				
	預金種別	普通・当座			口座番号								
	フリガナ												
	口座名義												
添付書類	☐ 指定難病医療受給者証・自己負担上限額管理票の写し												
	☐ 特定医療費（指定難病）証明書（ 枚）												
	☐ 当該医療費の領収書（ 枚）												
	☐ 口座確認書類（通帳又はキャッシュカード）の写し												
	☐ 【該当の方のみ】高額療養費・付加給付支給の確認できる書類（支給決定通知書）												

この申請に関して、熊本市が必要に応じ医療機関及び医療保険者等に対し、照会を行うことについて同意し、上記のとおり、特定医療費（指定難病）の支給を申請・請求します。
なお、支給に関する一切の権限を熊本市医療対策課長へ委任します。

年 月 日
熊本市長 様
申請者（請求者） 住所
氏名
受給者との続柄
電話番号

※ 受給者が18歳未満の場合、
申請者は保護者になります。

印

委 任 状

私（受給者）は、上記申請者に、特定医療費に係る〔申請（請求）・申請（請求）及び受給〕を委任します。

年 月 日
委任者（受給者） 住所
氏名

印

※ 留意点

- 1. この申請書は、有効期間の初日から受給者証が届くまでの間に、認定された疾病の治療で指定医療機関において支払った医療費のうち、本来公費負担されるべき特定医療費がある方のみ提出してください。
- 2. 自己負担額（月単位）が高額療養制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については保険者に高額療養費の申請を行い、高額療養費の支給決定通知書（写し）を添付のうえ申請願います。
（※高額療養費は特定医療費の対象とはなりませんのでご注意ください。）
- 3. 保険の付加給付の有無については、健保組合及び共済組合にご確認ください。
- 4. 上記の添付書類を添付のうえ、申請してください。
- 5. 受給者が死亡されている場合は、誓約書及び受給者と申請者（請求者）の続柄が確認できる戸籍謄（抄）本の写しの提出が必要です。

※ 事務処理欄

医療機関ヶ所数	ヶ所	支給決定金額	円
診療月数	月		