

特定医療費(指定難病)請求書〔償還払〕

受付印

神戸市長 宛		請求者		年 月 日	
住所	(〒 -)	給 者		8	
フリガナ	★欄と同じであること		受給者番号		
氏名	請求者と口座名義は同一である必要があります。		受給者氏名		
TEL	- -	受給者との続柄	年月日	大・昭・平	年 月 日
振込先	必ず請求者名義の口座を記入してください。		〔償還内容〕		
口座名義	カタカナで記入してください		<input type="checkbox"/> 受給者証発行までの間の医療費 <input type="checkbox"/> 適用区分・階層区分の変更により生じた差額 <input type="checkbox"/> 受給者証持参忘れ時の医療費の差額 <input type="checkbox"/> 自己負担限度額超過管理要時発生時の医療費 <input type="checkbox"/> その他		
金融機関	銀行・信用金庫	支店	普通・当座・貯蓄・その他	絶対に記載しないでください。	
	農協・信用組合	出張所		・訂正印も不可です。	
支店番号		営業部		・記載があれば書き直しとなります。	
	口座番号			・市記入欄以下すべての項目も記載しないでください。	
請求額		¥			

ゆうちょ銀行の支店名は漢数字、支店番号は数字で記載してください。

絶対に記載しないでください。
 ・訂正印も不可です。
 ・記載があれば書き直しとなります。
 ・市記入欄以下すべての項目も記載しないでください。

支給決定額欄 (市が記入します) ※ 円

医療費証明額欄 (10円単位で記入してください。)				※市使用欄		
区分	日数回数	社会保険診療報酬請求による総医療費	患者負担額 (医療保険における標準負担額)	患者一部負担対象額	月額自己負担上限額	
3割		標準負担額 (例260円)	円	円		
2割			円	円		
1割			円	円		
その他 ()			円	円	円	円
合計額 ¥			円	円		
入院証明期間	年 月 日 ~ 同 月 日	受診日調剤日	年 月 日			

【特定医療費を請求される方へ】

- この請求書の太枠内をご記載ください。また、複数の月にかかる医療費を一度に請求する場合は、月ごとに一枚ずつの請求書をご記載ください。
- 入院時食事療養費の請求ができるのは、公費負担者番号が54288014の方及び、境界層該当者で食費負担に係る負担上限月額を「0円」に置き換えられている方です。
- この請求書は、必ず住所地の区あんしんすこやか係へ提出してください。区あんしんすこやか係に提出してから支払までに6か月程度要します。結果は文書で通知いたします。
- 請求される月にかかった特定医療費にかかる領収書の原本を、必ずすべてあわせて区あんしんすこやか係に提出してください。すでに返金をうけた医療機関における領収書も必要ですので、ご注意ください。
- 領収書を紛失された際は、以下のいずれかの方法により医療総点数および支払い金額の証明の提出をお願いします。
 - 医療機関において領収書を再発行してもらおう。
 - 医療機関において支払い証明書を発行してもらい、さらに医療機関において支払い金額に応じた医療総点数を記載してもらい、医療機関の証明印を押印してもらおう。
 - 「特定医療費(指定難病)医療費証明書(別紙5)」に記載してもらおう。
 ※証明書の発行に係る費用が発生した場合は自己負担となります。