

医療費の請求方法について

《請求できる医療費（まずご確認ください）》

- 受給者証の有効期間内に支払った「特定疾患医療費」であること。
申請中で受給者証が届く前や提示を忘れてしまった等、医療機関の窓口で受給者証の提示ができず、一般医療費として支払った場合等です。
- 支払った金額が、受給者証の記載されている月額自己負担限度額を超えていること。（一医療機関ごと）
黄色の受給者証に記載されている入院・外来別の月額自己負担限度額を超えている場合です。
桃色の受給者証の場合は月額自己負担額はありません。
- 公費負担できる医療費であること。

保険診療分、入院時の食事療養費、院外処方による薬局での薬剤費、薬剤一部負担金、訪問看護費用、介護保険サービスのうち訪問看護・訪問リハビリ・居宅療養管理指導にかかるもの
※施設によっては、一部サービスが公費負担の対象とならない場合がありますのでご確認ください。

- 認定された疾患に対する治療で、既に重度障害者(児)医療費助成制度を利用された場合は、特定疾患医療費の請求はできません。

《請求のしかた》

提出書類：「特定疾患医療費請求書（様式第9号）」

提出先：「特定疾患治療研究事業に係わる医療給付承認の決定について」の【書類提出先】をご確認ください。

※持ち物 受給者証、印鑑、通帳

- **病院・診療所分**
* 請求書の医療費証明書欄を、病院・診療所で証明してもらってください。
* 請求書の必要などところに、記入・押印をしてください。（裏面の記入例参考）
- **院外処方の薬局分**
* 医療費証明書欄を、薬局で証明してもらってください。
* 請求書の必要などところに、記入・押印をしてください。（裏面の記入例参考）

(注)・用紙は、医療機関別に、それぞれ1ヶ月ごと1枚必要です。

(例：〇〇医院と〇〇薬局の3ヶ月分を請求→6枚必要)

- ・レシート・領収書の添付は不可です。
- ・用紙が足りない場合は、コピーして使ってください。
- ・修正液での訂正は、絶対にしないでください。
- ・振込先は正確にお願いします。

- **その他**
* 請求から振込みまでは、約3ヶ月かかります。ご了承ください。
* 請求書類は、特に提出期限がないので、書類がそろってからご提出ください。
* 医療保険の高額療養費の支給対象に該当しますと、保険者より高額療養費が支給されます。また、附加給付金が支給されることもあります。県からの特定疾患医療費の払い戻しは、これらの給付を受けた後に行われることがあるため、重複給付を避けるため、各保険者に問い合わせをしてください。

＜請求書の記入例は裏面参照＞

＜記入例＞太枠内をご記入ください。

様式第9号（別表第6関係）

特 定 疾 患 医 療 費 請 求 書

平成 年 月 診療分

一般（区分： ）	重症
受給者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
対象患者氏名	静岡 花子

請求額 円

区 分	患者自己負担額	特定疾患一部負担額	請 求 額
入 院	円	円	円
入院外			
計			

受領方法 (口座振替)	銀行等名及び店名	預金 種別	口座番号	口座名義人(請求者)
	銀行・信金 ○○ 農協・労金 ○○ 支店	普通 当座	○○○○○○○○	静岡 花子

特定疾患の医療費として上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

静岡県知事 川勝平太 様

※患者さんご本人以外の方が請求される場合には【名義人＝請求者】としてください。

請求者

(郵便番号420-8601)

住 所 静岡市追手町9-6

フリガナ氏名 シズオカ ハナコ
静岡 花子



(受給者との続柄) 本人 (電話番号) 054-221-3393

特 定 疾 患 医 療 費 証 明 書

平成 年 月 診療分

治療特定疾患名								
医療保険		区分	内 容	診 療 実日数	社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	社会保険等 負 担 額	患者自己 負 担 額	特定疾患 一部負担額
種別	給付割合							
		入院	入院医療費				円	円
		入院	食事負担額				—	—
		入院外	入院外医療費					

※こちらの証明は、医療機関、薬局にお願いしてくだ

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所 在 地

医療機関・薬局 名 称

代表者氏名



(電話番号)

上記は訪問看護です。(該当する場合は□にレ点を入れてください。)

(注) 1 診療月ごとに作成してください。

2 請求者は、対象患者本人又は配偶者若しくは同居している親族としてください。

3 振替口座は、請求者名義のものとしてください。

裏面を必ずお読みください。

特 定 疾 患 医 療 費 請 求 書

平成 年 月 診療分

一般 (区分:)	重症
受給者番号	
対象患者氏名	

請求額 円

区 分	患者自己負担額	特定疾患一部負担額	請 求 額
入 院	円	円	円
入院外			
計			

受領方法 (口座振替)	銀行等名及び店名	預金種別	口座番号	口座名義人 (請求者)
	銀行・信金 農協・労金 支店	普通 当座		

特定疾患の医療費として上記のとおり請求します。

静岡県知事 川勝平太 様 (郵便番号 ー 平成 年 月 日)

住 所 _____
請求者

フリガナ
氏 名 _____ 印

(受給者との続柄) (電話番号)

特 定 疾 患 医 療 費 証 明 書

平成 年 月 診療分

治療特定疾患名								
保 険 者 名		適用区分						
医療保険 種別	給付 割合	区 分	内 容	診 療 実日数	社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	社会保険等 負 担 額	患者自己 負 担 額	特定疾患 一部負担額
			食事負担額		—	—	円	—
		入 院 外	入院外医療費		円	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

〒 _____
所 在 地

平成 年 月 日 医療機関・薬局 名 称 _____

代表者氏名 _____ 印

(電話番号)

担当者所属・氏名・電話番号

上記は訪問看護です。(該当する場合には□にレ点を入れてください。)

- (注) 1 診療月ごとに作成してください。
2 請求者は、対象患者本人又は配偶者若しくは同居している親族としてください。
3 振替口座は、請求者名義のものとしてください。

裏面を必ずお読みください。

特定疾患医療費請求について（償還払い請求）

- 認定された疾患以外の治療（ケガや虫歯の治療など）や、保険適用外のサービス（差額ベッド代や予防接種など）については、特定疾患医療費の請求はできません。
- 認定された疾患の治療で、既に重度障害者（児）医療費助成制度等その他の公費負担制度を利用された場合は、特定疾患医療費の請求はできません。
- 訂正は必ず二重線で消して、その上に押印してください。この際の印鑑は、請求欄（様式の上半分）を訂正する場合は請求者の印鑑、証明欄（様式の下半分の太枠の中）を訂正する場合は医療機関等の代表者の印鑑を使用してください。修正液や市販の訂正印などは使用しないでください。

請求者の方へ 【お支払い金額について】

- ① 保険医療費（食事負担額を除く）の支払いが一定額を超える場合は、ご加入の医療保険から高額療養費制度による払戻しを受けてください。**高額療養費制度の払い戻し分をこの用紙で請求することはできません。**高額療養費制度についての詳しいことは、各医療保険の保険者（健康保険組合や国民健康保険など）にお問い合わせください。下記の例は一例です。

<例 70歳未満の方 総医療費が1,000,000円で患者自己負担額が300,000円の場合>

80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%が高額療養費の場合の自己負担額の計算式になりますので、

80,100円 + (1,000,000円 - 267,000円) × 0.01 = 87,430円

特定疾患医療費からの払い戻しは**87,430円**から**特定疾患一部負担額を引いた金額**になります。

<例 70歳以上の方 >

・**入院がある場合** 特定疾患医療費からの払い戻しは、**44,400円（定額）**を上限とする**患者自己負担額から特定疾患一部負担額を引いた金額**になります。

・**入院外医療費（外来のみや薬局のみ）の場合** 特定疾患医療費からの払い戻しは、**12,000円（定額）**を上限とする**患者自己負担額から特定疾患一部負担額を引いた金額**になります。

- ② **介護保険**が利用できる場合には、特定疾患医療費からの払い戻しは、**37,200円、24,600円、15,000円**のいずれかを上限とする**利用者自己負担額から特定疾患一部負担額を引いた金額**になります。

※適用区分「A」及び「IV」の方で高額療養費に該当する方は、保険者に御連絡ください。

医療機関・調剤薬局等の方へ 【記入上の注意】

- ・ **治療特定疾患名**は、受給者証記載の病名を御記入ください。
- ・ **保険者名**は、保険証及び受給者証のとおり御記入ください。
- ・ **総医療費** = 社会保険等負担額 + 患者自己負担額となるように御記入ください。（入院途中から特定疾患の有効期間が始まった場合を除きます。この場合はこの旨も御記入ください。）
- ・ **特定疾患一部負担額**は、受給者証記載の月額自己負担限度額を入院、入院外ごとに御記入ください。なお、ピンク色の受給者証や調剤薬局の場合には自己負担は0円ですので、0 と御記入ください。
- ・ 受給者証記載の有効期間内の医療費のみ御記入ください。