

千葉県指定難病療養費支給申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

下記の事項に同意のうえ、別添千葉県指定難病療養費証明書のとおり、指定難病療養費の支給を申請します。

- この申請に関して、必要に応じて千葉市が保険者及び医療機関等に対して照会すること。
- 保険者及び医療機関等から照会を受けた際に千葉市が回答すること。
- 千葉市が保有する申請者の他医療費助成制度の申請状況について、支給額の決定に必要な範囲で調査及び確認すること。

受給者氏名		(署名または記名押印)		受給者番号							
申請者	氏名			受給者との続柄							
	住所	〒		—							
	電話番号	—		—							
振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫		支店名		本店 支店					
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号							
	フリガナ										
	氏名					※原則受給者の口座(受診者が18歳未満の場合はその保護者でも可)					

※申請対象期間中に加入していた保険が現在加入のものと異なる場合は、下欄もご記入ください。

保険者名称	記号・番号	加入期間				
		年	月	～	年	月
		年	月	～	年	月
		年	月	～	年	月

【注意事項】

1 対象者について

- 以下の(1)(2)ともに当てはまる方が対象者となります。※原則、指定医療機関で受給者証を提示せずに受診した方
- 指定医療機関の窓口で総医療費の3割を一部負担金としてお支払いになった方
 - 1か月間の指定難病の治療に係る医療費の合計が、受給者証に記載された自己負担上限額を超えた方

2 助成範囲

- 申請できるのは次の(1)～(4)をすべて満たす場合に限りです。
- 受給者証に記載された病名についての治療であること
 - 治療を受けた医療機関等(薬局、訪問看護ステーション含む)が指定医療機関であること
 - 診療区分が入院・外来の場合は保険診療の対象であること(食事療養費や生活療養費等は対象外)
 - 医療費を医療機関に支払った月または受給者証の交付を受けた月の翌月から5年以内であること

【記載例】

①	受給者氏名	(署名または記名押印) 千葉 太郎	受給者番号	123456
②	氏名	同上	受給者との続柄	本人
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 千葉市中央区間屋町〇-〇-〇		
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 〇〇〇		
③	金融機関名	ちはな 銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫	支店名	千葉 本店 支店
	預金種別	普通 当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	フリガナ	チバ タロウ		
	氏名	※原則受給者の口座(受診者が18歳未満の場合はその保護者でも可) 千葉 太郎		

①受給者氏名欄には署名又は記名押印が必要です。
②申請者及び振込先は下記のとおりです。
下記以外の場合は、委任状が必要になります。

	受給者	申請者・振込先
*1	本人	受給者
*2	18歳未満の場合	受給者または代表保護者
*3	死亡している場合	代表相続人

*1 原則は、受給者＝申請者＝振込先となります。
*2 代表保護者は、受給者証に記載しています。
*3 詳細は、受給者がお住まいでした区の保健福祉センターの健康課にお問い合わせください。
③ゆうちょ銀行に振込を希望する場合、支店名は3ケタの漢数字を記入してください(例:〇五八支店)。
④申請対象期間中の保険が現在加入のものと同じ場合は記載不要です。

※申請対象期間中に加入していた保険が現在加入のもの異なる場合は、下欄もご記入ください。

④	保険者名称	記号・番号	加入期間
	〇〇健康保険組合	1234 56 枝番02	令和7 年 4 月 ~ 令和7 年 5 月
	千葉市国民健康保険	5678 910	令和7 年 6 月 ~ 令和7 年 7 月
			年 月 ~ 年 月

【申請方法】

お住まいの区の保健福祉センター健康課に以下の書類をご提出ください。

必須書類	<input type="checkbox"/>	1	千葉市指定難病療養費支給申請書(本様式)	消すことができるインク(フリクション等)のペン及び修正テープは使用しないでください。
	<input type="checkbox"/>	2	領収書(原本)	・申請に係るすべての領収書が必要です。 ・領収書の原本はお返しできます。
	<input type="checkbox"/>	3	指定難病療養費証明書	・指定医療機関が記載する書類です。 ・病院や医療機関など1医療機関に対し、1枚の証明書が必要です。また、医療保険用と介護保険用で様式が分かれていますので、ご注意ください。 ・証明書作成に必要な文書料は自己負担となります。 ※自己負担上限額の変更に伴う過払い分の払い戻しの場合は、上限額管理手帳のコピーが証明の代わりとなるため提出不要。
	<input type="checkbox"/>	4	特定医療費(指定難病)受給者証	申請対象期間中に有効なもの(記載内容及び対象期間に医療費助成の認定を受けていることを確認します)。
	<input type="checkbox"/>	5	自己負担上限額管理手帳	申請対象期間中の受給者証の利用状況を確認します。
	<input type="checkbox"/>	6	健康保険の資格が確認できるもの	「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」、マイナポータルの資格情報画面を印刷したもの等 ※申請対象期間中に加入していた保険が現在加入のもの異なる場合は、表面の保険者情報を必ず記入してください。
	<input type="checkbox"/>	7	振込先がわかる通帳やキャッシュカードの写し	申請者の銀行口座の情報がわかるもの
該当者のみ	<input type="checkbox"/>	8	委任状	※申請者以外の口座に振り込む場合のみ
	<input type="checkbox"/>	9	戸籍謄本・抄本等(写し可)	※受給者が死亡している場合のみ ・受給者と申請者の関係がわかるものをご提出ください。 ・住民基本台帳が千葉市内にある方、かつ申請者と受給者の関係が住民基本台帳システムで確認できる場合は提出を省略できる場合があります。詳細はお住まいの区保健福祉センター健康課にご確認ください。
	<input type="checkbox"/>	10	申立書	※受給者が死亡している、かつ、相続人が配偶者以外の場合のみ ・相続人が他にいないこと等を申し立てるもの。詳細はお住まいの区保健福祉センター健康課にご確認ください。
	<input type="checkbox"/>	11	限度額適用認定証	※交付されている方のみ
	<input type="checkbox"/>	12	介護保険負担割合証	※交付されている方のみ
	<input type="checkbox"/>	13	・高額療養費決定通知書 ・附加給付額決定通知書 等	※交付されている方のみ ・健康保険組合から支給された高額療養費や附加給付等の金額がわかるもの ・医療費10割を窓口負担した場合は、組合から払い戻しを受けたことがわかるもの

【その他】

- 振込までに要する期間について
申請日から振込日までは3~4か月程度を要します。また、保険者への確認状況等によって振込日が遅れる場合があります。
- 支給額の決定について
(1)加入している健康保険の高額療養費制度が優先されます。また、附加給付制度がある場合、保険者に確認し、給付額を控除した額を支給します。
※高額療養費及び附加給付制度については、ご加入の健康保険の保険者にお問い合わせください。
(2)高額療養費の状況等によっては支給がない場合があります。
- 指定医療機関について
千葉市内の指定医療機関はHPでご確認いただけます。
※所在地が千葉市外の場合は難病情報センターのHP等をご確認ください。

➡

千葉市 難病 指定医療機関
検索