

千葉市指定難病療養費申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

下記のとおり、指定難病に係る特定医療費を請求します。

受給者氏名		受給者番号	
生年月日	年 月 日	月額 自己負担上限額	円
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	健康保険の 適用区分	

指定医療機関記載欄 (-----線内)

対象者氏名		受給者番号		保 険 対 象 分		処方箋発行元医療機関 ※千葉市記載欄	
診療 年月	種 別	負担 割合	診療 日数	保険診療総額…A	患者から徴収した 指定難病に係る金額…B		
年	入院	割	日	円	円		
	外来	割	日	円	円		
	介護	割	日	円	円		
月	入院	割	日	円	円		
	外来	割	日	円	円		
	介護	割	日	円	円		
年	入院	割	日	円	円		
	外来	割	日	円	円		
	介護	割	日	円	円		
月	入院	割	日	円	円		
	外来	割	日	円	円		
	介護	割	日	円	円		
年	入院	割	日	円	円		
	外来	割	日	円	円		
	介護	割	日	円	円		
月	入院	割	日	円	円		
	外来	割	日	円	円		
	介護	割	日	円	円		

上記のとおり証明する。

指定医療機関名

所在地

年 月 日

代表者氏名

㊞

この申請に関して、必要に応じて千葉市が保険者等に対して照会すること、また、保険者等から照会を受けた際に千葉市が回答することについて同意します。

また、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に同意します。

申 請 者	住 所			氏 名	
	電話番号			続 柄	
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫	本店 支店 ()	口座番号	普通・当座 No.
	フリガナ				
	氏 名				

1. 黒太線枠内を記入してください。
2. 申請者(原則受給者、受給者が18歳未満の場合は保護者)以外が療養費を受け取る場合は、委任状を添付してください。
3. 消すことができるインクのペンの使用による申請は認められません。

※申請時に必要な添付書類については裏面をご確認ください。

千葉市指定難病療養費申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

下記のとおり、指定難病に係る特定医療費を請求します。

受給者氏名	千葉 太郎	受給者番号	1234567
生年月日	S30年 4月 1日	月額 自己負担上限額	10,000 円
有効期間	R3年 1月 1日 ~ R3年12月31日	健康保険の 適用区分	ウ

指定医療機関記載欄 (-----線内)

対象者氏名		千葉 太郎		受給者番号		1234567	
保 険 対 象 分							
診療 年月	種 別	上記有効期間内の対象疾患に係る			患者から徴収した…B 指定難病に係る金額	処方箋発行元医療機関 ※千葉市記載欄	
		負担 割合	診療 日数	保険診療総額…A (介護保険分は点数)			
R3年	入院	3割	31日	300,000円	80,430円		
1月						<p>太線内は医療機関に受給者証の有効期間開始日以降の指定難病に係る医療費について記載していただく部分です。 (受給者の方はこの部分に記載はしないでください。) 詳しい記入方法については、別紙の「医療機関のみなさまへ」をご覧ください。</p>	
R3年	外来	3割	3日	150,000円	50,000円	<p>～医療機関の方へ～ 訂正をする場合は、訂正箇所にて二重線、訂正印捺印の上、余白に正しく記入してください。 訂正印は、必ず医療機関証明部分の右下に押印したものと同一印でお願いします。</p>	
R3年	2月	介護					
R3年	3月	入院					
	外来						
	介護	1割	2日	5,060円	506円		
	入院						
	外来						
	介護						
上記のとおり証明する。		指定医療機関名		医療法人××会 ○○病院		○ ○	
3年 4月 1日		所在地		千葉市○○区△△町○○○○番地		病 院	
		代表者氏名		▲▲▲▲▲		印	

この申請に関して、必要に応じて千葉市が保険者等に対して照会すること、また、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、

・申請者及び振込先は下記のとおりです。
下記以外の場合、委任状が必要になります。

	申請者	振込先
下記以外の場合	受給者本人	受給者本人
受給者が18歳未満の場合	代表保護者*1	代表保護者*1
受給者が亡くなっている場合	代表相続人**	代表相続人**

※1 代表保護者とは、受給者証に記載された代表保護者です。
※2 詳細は、保健福祉センター健康課にお問い合わせください。

申請者	住所	千葉市中央区千葉港1-1
	電話番号	043-×××-○○○○
振込先	金融機関名	○○ 銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫
	フリガナ	チバ
	氏名	千葉 太郎

・ゆうちょ銀行に振込を希望される場合、支店は3ケタの漢数字を記入してください。(例:〇五八)

申請時に必要な添付書類

- 必須**
- 医療機関の領収書(原本)
 - 特定医療費(指定難病)受給者証
 - 特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理手帳
 - 健康保険証
 - 振込先口座情報がわかるもの
(金融機関に関する名称、支店名、口座番号
口座名義人(カタカナ表記)がわかるもの)

- お持ちの方のみ**
- 限度額適用・標準負担額現額認定証
(限度額適用認定証も含む)
 - 介護保険証
 - 給付決定通知書等
(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)