

請求される方へ

1.医療機関に③病院・医院記入欄の記入を依頼する。

↳（調剤薬局用）、（訪問看護ステーション用）に該当がある場合は、併せて医療機関に依頼してください。

2.①、②の太枠の中を記入する。（受給者本人以外の口座に振り込む場合は、委任状も記入してください）

3.記入後、この請求書と受給者証、通帳等をご持参の上、各区役所の担当窓口で手続きをお願いします。

※なお、お支払いされた負担金の額等が自己負担限度額を超えない（月別に計算）場合は、

償還される金額はありませんので、お支払いの手続きの必要はありません。ご注意ください。

特定医療費（指定難病）請求書（指定医療機関用）

北九州市長様

令和 7年 12月 1日

私は、下記の事項に同意のうえ、指定難病にかかる特定医療費（償還払い）を請求します。

- ・特定医療費の算定にあたり、北九州市が保険者及び指定医療機関等へ照会し、保険者及び指定医療機関等が北九州市に関係情報を提供すること。
- ・必要に応じて、北九州市が保険者及び指定医療機関等に関係情報を提供すること。

①

請求者	住所	〒800-0000 北九州市門司区・・・						受給者との続柄 妻
	氏名	北九 花子						
	電話番号	093-****-****						

②

受給者	氏名	北九 太郎						振込口座※	振込先 (○で囲む)	1 受給者本人の口座に振込 ② 請求者の口座に振込								
	生年月日	昭和 61年 1月 1日生 (40 歳)							金融機関名	北 九 州 銀 行								
	受給者番号	7	6	5	4	3	2		1	本店・支店名	本 店 (ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)							
	受給者証有効期間	令和 7年 7月 26日から 令和 7年 10月 31日まで							口座番号	普通	7	6	5	4	3	2	1	
	自己負担限度額	10,000 円							口座名義 (カタカナ)	キタキュウ タロウ								

※申請時は通帳等の振込口座が確認できるものをご持参ください。

受給者本人以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。

委 任 状		※氏名については自署又は記名押印	
私は、指定難病にかかる特定医療費（償還払い）の請求について上記の内容を委任します。			
委任者（受給者）		受任者（請求者）	
住所 北九州市門司区・・・	印	住所 北九州市門司区・・・	印
カナ キタキュウ タロウ		カナ キタキュウ ハナコ	
氏名 北九 太郎		氏名 北九 花子	

※記入上の注意

- ①請求者は、左のページの太枠内のみ記入してください。
(受給者本人以外の口座に振り込む場合は、委任状も記入してください)
- ②右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関に記入及び証明印をもらってください。
- ③記入にあたり、裏面の記入例を参考にしてください。
- ④必要に応じて、この用紙をコピーしてご使用ください。

北九州市で記入しますので、何も書かないでください。

*支払金額決定欄 (北九州市記載欄)				決定金額				円
医療・介護保険の別	入院外来	受療期間	窓口支払額		患者負担額	患者自己負担済額	医療費公費負担額	
医・介	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円	円
医・介	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円	円
医・介	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円	円
医・介	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円	円

指定医療機関の方へ

・受給者証有効期間内かつ受給者証に記載されている指定難病の治療に関する診療分のみを記載してください。

・記入する行が足りない場合につきましては、この用紙をコピーして使用いただいて構いません。

※患者負担金が自己負担割合の算出額と異なる（その他制度利用等）場合、その旨を余白に簡単に記載ください。

※受給者証の有効期間開始日が入院中の場合は“*1”、同日の場合は“*2”のように余白に記載ください。

- *1： 7月10～30日入院。認定前含む総医療費987,600円で、57,600円支払い。
- *2： 令和7年7月26日から入院

③

病院・医院記入欄					
受給者の保険種別 (○で囲む)	後期高齢 ・ 国保一般 ・ 国組（本人・家族） ・ 協会（本人・家族） 組合（本人・家族）・共済（本人・家族） ・ その他（ ）				
1 医療保険分 ①月ごとに記入し、「外来」、「入院」、「訪問看護」、「介護予防訪問看護」の別で記入すること。 ②受給者証の有効期間内についてのみが記入の対象です。 ③受給者証に記載されている指定難病の治療に関する分のみが記入の対象です。					
受療期間	サービスの別	総医療費 (点数×10円)	患者負担金 (窓口支払額)	適用区分	備考
7年 7月26日～ 30日	㊦・外・看・予看	5日 43,210点×10円	0円	エ	限度額適用 有・無
7年 8月1日～ 20日	入・㊦・看・予看	2日 1,234点×10円	3,700円	エ	限度額適用 有・無
7年 9月19日～ 27日	㊦・外・看・予看	9日 54,321点×10円	35,400円	才	限度額適用 有・無
7年 10月18日～ 28日	入・㊦・看・予看	2日 1,234点×10円	0円	才	限度額適用 有・無
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10円	円		限度額適用 有・無
2 介護保険分 ①月ごとに記入し、「入院」、「訪問看護」、「訪問リハビリステーション」、「居宅療養管理指導」、「介護予防訪問看護」、「介護予防訪問リハビリステーション」、「介護予防居宅療養管理指導」の別で記入すること。(介護保険のその他のサービスは対象外) ②受給者証の有効期間内についてのみが記入の対象です。 ③受給者証に記載されている指定難病の治療に関する分のみが記入の対象です。					
受領期間	サービスの別	総医療費	患者負担金 (窓口支払額)		
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円		円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円		円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円		円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円		円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円		円	
上記のとおり、患者負担金については指定難病として認定されている疾患の治療のため、受給者より領収済であり、公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。					
令和7年 11月 28日 病院・医院所在地 北九州市門司区・・・ 病院・医院の名称 ○○病院 病院・医院の長名 病院長 ○○		医療機関コード (123456789) (093-000-0000) (記入者 医事課 ○○)			

記入例