

特定医療費（指定難病）請求書（調剤薬局用）

北九州市長様

令和 年 月 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医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が北九州市に係る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医療機関等に係る情報を提供すること。

請求者	住所					
	氏名					患者との続柄
	電話番号					

受給者	氏名			生年月日	年 月 日 生 (歳)	
	受給者証有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		受給者番号		
	振込先 (○で囲む)	1 請求者の口座に振込 2 下記委任状により委任された者の口座に振込		自己負担限度額	円	適用区分
振込口座(※)	金融機関名				本・支店名	(ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)
	口座番号	普通・当座				フリガナ 口座名義

※「一般医療機関用」等と合わせて申請する際は記入不要です。
 ※申請時は振込口座の通帳をご持参ください。

委任状		※氏名については自署又は記名押印	
私は下記の者を代理人と定め、北九州市からの特定医療費（指定難病）（償還払い）の受領を委任します。			
(請求者（受給者） 住所 氏名	Ⓜ	(受任者 住所 カナ 氏名	Ⓜ
請求者との続柄：請求者の ()			

*支払金額決定欄			決定金額			
医療・介護 保険の別	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	年 月 日～ 日	円	円	円	円	
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	
計					円	

注意：「病院・医院」及び「調剤薬局」の両方の証明が必要です。

病院・医院記入欄

指定難病の治療に要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）

発行年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
指定難病として認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。				
年 月 日		医療機関コード		
医療機関所在地		()		
名 称		(記)		
医療機関の長名		Ⓜ (記入者 Ⓜ)		

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別 (○で囲む)	国保一般・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・組合（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他 ()
---------------------------------	---

- 1 薬剤費の領収済証明 ①月ごとに記入すること。
 ②受給者証の有効期間内分についてのみ記入すること。
 ③総医療費に指定難病以外の調剤が含まれる場合は備考欄に「○」を記入すること。

受療期間(処方日)	総医療費(点数×10円)	定率負担金	備考 (難病外の有無など)
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
		円	

2 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収済証明

受領期間	総医療費	患者一部負担金	備考 (難病外の有無など)
年 月 日～ 日	日 円	円	
年 月 日～ 日	日 円	円	
計		円	

上記のとおり、指定難病として認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であり、公費併用レセプトによる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。

年 月 日		医療機関コード		
調剤薬局所在地		()		
名 称		(記)		
代表者氏名		Ⓜ (記入者 Ⓜ)		

記入上の注意

- ①申請者は、左のページの太枠内のみ記入してください。
- ②様式右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に記入及び証明印をもらってください。
- ③治療費の受領を他者に委任する場合は、委任状欄に記入・押印してください。
- ④記入にあたり、裏面の記入例を参考にしてください。

請求する方へ

記入する欄は①、②の太枠の中です。(還付金を他の方の口座に振り込む場合は、委任状も記入してください。)

③は医療機関に記入を依頼してください。

記入後、この請求書と受給者証、通帳、認印をご持参の上、各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

なお、お支払いされた一部負担金の額等が自己負担金額を超えない場合(月別に計算します。)は、還付金はありませので、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(調剤薬局用)

北九州市長様

令和 6年 6月 19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医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が北九州市に情報提供すること。
・必要に応じて、北九州市が保険者及び医療機関等に関係情報提供すること。

Table with 3 columns: 請求者, 住所, 氏名, 電話番号, 患者との続柄. Includes address and contact info for 北九 太郎.

Table with 4 columns: 受給者, 氏名, 生年月日, 昭和59年10月31日生(39歳), 受給者証有効期間, 振込先, 自己負担限度額, 振込口座, 金融機関名, 本・支店名, フリガナ, 口座番号.

※「一般医療機関用」等と合わせて申請する際は記入不要です。
※申請時は振込口座の通帳をご持参ください。

請求者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。

委任状表. 依頼者: 北九 太郎. 受任者: 北九 花子. 住所: 北九州市門司区...

北九州市で記入しますので、何も書かないでください。

Table with 7 columns: *支払金額決定欄, 医療・介護保険の別, 受療期間, 窓口支払額, 患者負担額, 患者自己負担金額, 医療費公費負担額. Includes a summary row at the bottom.

記入例

病院・医院の方へ

処方箋の発行年月日の記入を日別に記入してください。

注意: 「病院・医院」及び「調剤薬局」の両方の証明が必要です。

③

病院・医院記入欄. 指定難病の治療に要する処方箋発行証明書. Includes date, location, name, and seal.

④

調剤薬局記入欄. 受給者の保険種別, 薬剤費の領収済証明, 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収済証明. Includes fee details and pharmacy info.

記入上の注意

- ①申請者は、左のページの太枠内のみ記入してください。
②様式右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に記入及び証明印をもらってください。
③治療費の受領を他者に委任する場合は、委任状欄に記入・押印してください。
④記入にあたり、裏面の記入例を参考にしてください。