

特定医療費（指定難病）請求書（訪問看護ステーション用）

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 (〇で囲む)	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	(印)							
	住所								
受任者	住所								
	カナ 氏名	(印)							
	請求者との続柄：請求者の ()								

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訪問看護等について、訪問看護ステーション及び医療機関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。

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
計					円

注意：「病院・医院」及び「訪問看護ステーション用」の両方の証明が必要です。

病院・医院記入欄

指定難病の治療にかかる訪問看護指導書発行証明書

上記訪問看護療養費領収済証明については、指定難病として認定されている疾患の治療のために発行した訪問看護指示書によるものであることを証明します。

年 月 日	医療機関コード
病院・医院所在地	()
名 称	(Tel)
病院・医院の長名	(印) (記入者 (印))

訪問看護ステーション記入欄

特定医療費（指定難病）にかかる訪問看護・介護予防訪問看護の領収済証明

受給者の保険種別 (〇で囲む)	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 医療保険分 月ごとに記入すること。

受療期間	サービスの別	総医療費 (点数×10円)	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
計			円	

2 介護保険分 ①月ごとに記入すること。
②介護保険の在宅サービスのうち、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「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テーション」、「介護予防居宅療養管理指導」だけが対象のため、それ以外のサービスについては記入しないこと。

受療期間	サービスの別	総医療費	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
計			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。

年 月 日	医療機関コード
事業所所在地	()
名 称	(Tel)
代表者名	(印) (記入者 (印))

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。)

④は、訪問看護ステーションに記入を依頼してください。

③は、④の記入後、病院または医院に記入を依頼してください。

③と④の証明は両方とも必ず必要ですのでご注意ください。

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

記入例

特定医療費（指定難病）請求書（訪問看護ステーション用）

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・・・	
	氏名	北九 太郎	患者との続柄 本人
	電話番号	093-3**-****	

② 受給者	氏名	北九 太郎		生年月日	昭和59年10月31日生 (39歳)	
	受給者証有効期間	令和6年2月30日から 令和6年10月31日まで		受給者番号	7654321	
	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	10,000円	適用区分 ウ
振込口座(※)	金融機関名	〇〇銀行		本・支店名	△△支店 (ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)	
	口座番号	普通	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ 口座名義	キタキュウ タロウ 北 九 太 朗	

※「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 ※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、北九州市からの指定難病（療養費払い）の受領を委任します。	
請求者（受給者）	受任者
住所 北九州市門司区・・・	住所 北九州市門司区・・・
氏名 北九 太郎	カナ キタキュウ ハナコ 氏名 北九 花子
	請求者との続柄：請求者の（ 妻 ）

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訪問看護等について、訪問看護ステーション及び医療機関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。

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			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	円
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	円
医・介	年 月 日～ 日	円	円	円	円	円
計						円

③ 注意：「病院・医院」及び「訪問看護ステーション用」の両方の証明が必要です。

病院・医院記入欄	
指定難病の治療にかかる訪問看護指導書発行証明書	
上記訪問看護療養費領収済証明については、指定難病として認定されている疾患の治療のために発行した訪問看護指示書によるものであることを証明します。 令和6年 6月 1日	
医療機関所在地	北九州市門司区・・・
名称	〇〇病院
医療機関の長名	病院長 〇〇
	医療機関コード (123456789)
	(Tel 093-000-0000)
	(記入者 〇〇〇)

④ 訪問看護ステーション記入欄

特定医療費（指定難病）にかかる訪問看護・介護予防訪問看護の領収済証明	
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 医療保険分 月ごとに記入すること。

受療期間	サービスの別	総医療費 (点数×10円)	患者一部負担金	備考
6年 5月 1日～ 3日	看・予看	3日 1 5,800円	4,740円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・予看	日 円	円	
計			円	

2 介護保険分 ①月ごとに記入すること。

②介護保険の在宅サービスのうち、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「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テーション」、「介護予防居宅療養管理指導」だけが対象のため、それ以外のサービスについては記入しないこと。

受療期間	サービスの別	総医療費	患者一部負担金	備考
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
年 月 日～ 日	看・リハ・予看・予リハ	日 円	円	
計			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6年 6月 1日		医療機関コード
事業所所在地	北九州市門司区・・・	(123456789)
名称	〇〇訪問看護ステーション	(Tel 093-000-0000)
代表者名	〇〇 △△	(記入者 〇〇〇)