

(表)
特定医療費(介護給付等)請求書

(請求先)
横浜市長

指定難病に係る特定医療費を請求します。 _____年 _____月 _____日

(1) 請 求 者	住 所	〒 _____	電 話 番 号	_____			
	氏 名	_____		患 者 続 柄	_____	_____	
(2) 患 者	氏 名	_____	受 給 者 番 号	_____	_____	_____	_____
	生 年 月 日	_____年 _____月 _____日	自 己 負 担 額	_____円			
	受 給 者 証 有 効 期 間	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日					
(3) 振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 ほか (_____)	支 店 名	_____			
			支店コード(ゆう ちょ銀行は店番)	_____	_____	_____	_____
	フリガナ	_____	口 座 種 別	普 通 ・ 当 座			
	口座名義人	_____	口 座 番 号	_____	_____	_____	_____

【請求上の注意（必ずお読みください。）】

- 1 特定医療費の払戻しがある場合に限り、請求書1医療機関ごとに1,140円を限度として証明書発行手数料をお支払いします(1医療機関の請求書が複数枚ある場合でも1,140円まで)。払戻しする医療費がない場合は、証明書発行手数料についてもお支払いはいたしません。
- 2 太枠内を御記入の上、医療機関ごとに裏面の医療機関記入欄に記入を依頼してください。ただし、特定医療費支給認定変更申請書兼変更届出書の提出により自己負担上限月額が下がった場合に、下がる前の自己負担額との差額を請求する際は、裏面の証明は不要です。代わりに、特定医療費(指定難病)受給者証及び当該月の自己負担上限額管理票の写しを添付してください。
- 3 (1)請求者または(3)振込先の口座名義人が、(2)患者(18歳未満の場合には、患者又は保護者)と異なる場合は、以下の委任欄に御記入ください。
- 4 委任欄を記入した場合には、必ず押印してください。印鑑は朱肉を使用する印をご使用ください。
また、委任欄の訂正をする場合には、必ず訂正印を押してください。
- 5 裏面の証明書を使って請求する対象月に、既に特定医療費(指定難病)受給者証を使って医療を受けた場合は、特定医療費(指定難病)受給者証及び当該月の自己負担上限額管理票の写しを添付してください。
- 6 特定医療費の払戻しは、有効期間開始日から受給者証が交付されるまでの間にかかった特定医療費の対象となる医療については、受診日以降に最初に交付された受給者証の交付日の翌月1日(受給者証が交付されて以降に受診した特定医療費の対象となる医療に関する請求については、当該受診日)から5年を経過した日以降は請求することができません。
- 7 高額療養費の自己負担限度額を超える支払分については、ご自身で保険者にご確認をお願いします。

委任欄		
私は、特定医療費の請求または受領について、下記の者に委任します。		
(2) 患者氏名 (又は保護者・後見人)	_____	(朱肉を使用する印鑑をご 使用ください。) (訂正する場合は必ず訂正 印を押してください。)
(1) 請求受任者氏名	_____	
(3) 受領受任者氏名	_____	

(裏)

※ この面は介護事業者または医療機関が記入する欄のため、患者は記入しないでください。

【指定医療機関の方へ（太枠内を記載する前に必ずお読みください。）】

- この用紙は介護サービス分の払い戻し用です。医療保険の訪問看護サービスの払い戻しは第8号様式をご利用ください。
- 1か月間内に複数のサービスを利用された場合は、サービス区分ごとに記載をお願いします。
- 指定難病に対する利用でも、受給者証の有効期間外は対象とはなりませんので御注意ください。

特定医療費証明書（医療機関等記入欄）						横浜市記入欄（事業者記入不要）				
診療 年月	自己 負担 割合	サービス区分※ （該当するサー ビスの番号を記載し てください。）	受給者証有効期 間開始日以降 かつ指定難病に かかる利用日数	受給者証有効期間開始日以降かつ 指定難病にかかる利用料（10割）（A）	患者から 領収した 指定難病分 の金額（B）	患者負担 相当額（C）	B-C(D)	2割負担 相当額 （A×0.2） （E）	B-E(F)	支給決定額 （D,Fで高い 方）
				基本単位 加算減算 単価						
令和2年 5月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	1	4日	39,899円 (816+6)×4日 初回加算300円 地域単価11.12円	11,970円	記入例				
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		日	円	円					
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		日	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		日	円	円	円	円	円	円	円
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		日	円	円	円	円	円	円	円

※サービス区分の一覧
1. 訪問看護 2. 訪問リハビリテーション 3. 居宅療養管理指導 4. 介護予防訪問看護
5. 介護予防訪問リハビリテーション 6. 介護予防居宅療養管理指導 7. 介護医療院サービス

備考欄

証明書発行手数料（証明発行手数料が「0円」の場合は枠内に斜線を引いてください。）
※医療費の払戻しがある場合に限り、請求書1医療機関ごとに1,140円を限度として証明書発行手数料を請求者にお支払いします（請求書が複数枚になる場合でも1,140円まで）。円

上記のとおり証明します。

		年 月 日	
指定医療機関名 所在地 代表者職氏名 （順不同可）		医療機関 コード	
		証 明 書 作 成 者	所属部署
			担当者氏名 ※必ずご記入ください
			直通電話番号

横浜市記入欄	医療費計	円
	文書料計	円
	支給決定額	円