

(表)  
特定医療費請求書

(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						
( 2 ) 患者	氏 名				患 者 み た か 続 柄					
	氏 名				受 給 者 番 号					
	生 年 月 日	年 月 日			自 己 负 担 上 限 月 額	円				
( 3 ) 振込先	受 給 者 証 有 効 期 間	年 月 日 から			年 月 日					
	金融機関名	銀行 金庫 組合 ほか ( )	支 店 名		支店・本店					
			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 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、ご自身で医療保険の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)		(印)
(1)請求受任者氏名		
(3)受領受任者氏名		

(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。)

(裏)  
※ この面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。）】

- 1 [月の診療日数] 欄について、指定難病の治療かを問わず、当該月内に貴医療機関にかかった診療日の合計を記入し、その下段の [うち有効期間開始日以降かつ指定難病にかかる診療日数] 欄には月内の難病の治療合計日数を記入してください。
- 2 [保険総点数] 欄について、指定難病の治療かを問わず、当該月内に貴医療機関にかかった保険点数の総合計を記入し、その下段の [うち有効期間開始日以降かつ指定難病にかかる点数 (A)] 欄には月内の難病の治療合計点数を記入してください。
- 3 指定難病に対する治療でも、受給者証の有効期間外の医療や介護の費用、選定療養費などの保険適用外のサービス、高額療養費として支給される分は対象となりませんので【患者から領収した指定難病分の金額 (B)】欄には含めないようご注意ください。  
また、入院時の食事療養費及び生活療養費につきましても支給対象外ですので含めないようご注意ください。

特定医療費証明書（医療機関等記入欄）							横浜市記入欄（医療機関記入不要）				
診療年月	自己負担割合	限度額認定証、マイナ保険証等、またはオンライン資格確認で確認した高額療養費の適用区分	診療区分	(上段) 難病以外も含めた月の総診療日数	(上段) 難病以外も含めた保険総点数	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×2)(E)	B-E(F)	支給決定額(D, Fで高い方)
				(下段) うち有効期間開始日以降かつ指定難病にかかる診療日数	(下段) うち有効期間開始日以降かつ指定難病にかかる点数(A)						
外来 記入例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	IV	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	2日	4,880点	9,530円	左記の記入例を参考に記入と☑チェックをしてください。ご不明な点などは、横浜市健康福祉局医療援助課難病対策担当（045-671-4040）までお問い合わせください。				
入院 記入例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	ウ	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	1日	3,176点						
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日	点	円	円	円	円	円	円
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日	点	円	円	円	円	円	円
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日	点	円	円	円	円	円	円
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日	点	円	円	円	円	円	円
年 月分	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日	点	円	円	円	円	円	円
備考欄	（※有効期間開始日以前から入院していた場合（入院していた期間）、高額療養費などの適用で患者から領収した指定難病分の金額(B)と通常の点数計算と金額が相違する場合（理由）は必ず記入してください。）										
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枚につき1,140円を限度として請求者に証明書発行手数料をお支払いします（請求書が複数枚になる場合でも1,140円まで）。										

上記のとおり証明します。

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		年 月 日		
			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