

「特定医療費(指定難病)受給者証」の交付による医療費の払い戻しについて(御案内)

「特定医療費(指定難病)支給申請書」について

今回お送りした「特定医療費(指定難病)受給者証」(以下「受給者証」という。)に記載されている有効期間の開始日から「受給者証」が交付されるまでの間に、受給者証に記載されている疾患(指定難病)の治療等に関して支払われた医療費がある場合は、「特定医療費(指定難病)支給申請書」により、次の額について、ご指定の口座に払い戻しを受けることができます。

- (1) 受給者証の自己負担上限額を超えた額(医療保険の自己負担が3割の方は、支払われた医療費が自己負担上限額の範囲内でも、特定医療費の自己負担割合(2割)との差額は対象)
- (2) なお、高額療養費制度(後期高齢者医療での高額医療費を含む)に該当する医療費の支払いがある場合は、高額療養費制度の自己負担限度額から、受給者証の自己負担上限額を差し引いた額
- (3) ただし、高額療養費制度に該当する医療費に「指定難病以外のもの」が含まれる場合は、高額療養費制度の自己負担限度額から、「指定難病以外の医療費の自己負担相当額(医療保険の自己負担割合)及び受給者証の自己負担上限額」を差し引いた額
 - ・ 高額療養費の請求等は、保険者(健康保険証発行元)や受診機関等へお尋ねください。

1 提出書類

- ① 支給申請書(片面)
- ② 証明書(片面, 指定医療機関ごと)
- ③ 受給者証の写し
- ④ 「特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票」の写し(支払われた医療費の属する月のみ)
- ⑤ 通帳の写し(銀行名, 支店名, 口座番号, 名義人フリガナ等, 振込先が確認できるページ)
- ⑥ 高額療養費の支給額通知書をお持ちの方は、その写し

2 提出時期

申請は、支払われた医療費の属する月の翌月以降(例:1月分は2月以降)にしてください。

3 留意事項

- ・ 指定医療機関受診時は、必ず「受給者証」及び「自己負担上限額管理票」の両方をご提示ください。
- ・ 「受給者証」及び「自己負担上限額管理票」の交付を受けた後、両方を提示せずに指定医療機関を受診し、支払われた医療費については、申請の対象外となり払い戻しはできません。

◆ 記入のしかた ◆

- ① 申請者の住所、氏名、電話番号、受給者との続柄を記入する。
 - ② 受給者(患者)と受領者(口座名義人)が異なる場合には必ず記入する。
また、受領者が申請者以外の場合は、受任者欄も記入する。
 - ③ 受給者証に記載された内容を確認して記入する。
 - ④ 振込先口座は、受給者又は委任を受けた方の口座とし、口座名義人にはフリガナをつける。
- ※ 記入漏れがないか、再度ご確認ください。

📄 「特定医療費(指定難病)証明書」について

- ・ 受診された指定医療機関(病院, 院外薬局等)で記入(証明)してもらってください。
- ・ (別紙2)は、指定医療機関の方へお渡しください。

受給者証の更新申請で医療費の証明書を必要とする場合は、必ず「医療費総額証明書」で証明してもらってください(受給者証の更新申請での証明書が「特定医療費(指定難病)証明書」の場合、受け付けられません。)

📄 「特定医療費(指定難病)証明書」の枚数が足りない場合は、コピーしてお使いください。

特定医療費（指定難病）支給申請書

記入例

鹿児島県知事 殿

令和 〇年〇〇月〇〇日

(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)

申請者

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇

氏名 鹿児島 一郎

受給者との続柄 〇〇

連絡先（日中連絡がとれる電話又は携帯電話）

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※支払決定額合計 円

（記入しないこと）

受給者(患者)と受領者が異なる場合は記入してください。
私(受給者)は上記申請者または下記の受任者に対し特定医療費（指定難病）の受領を委任します。

令和〇年〇〇月〇〇日

受給者(患者) 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇
氏名 鹿児島 花子

受任者（申請者以外の場合のみ記入）
住所
氏名
受給者との続柄

下記のとおり申請します。

なお、申請内容について疑義が生じた場合には、関係機関に対する照会について同意します。

受給者番号	受給者氏名	年齢	住所 受給者が申請者の場合は「同上」と記載	疾患番号	
0 1 2 3 4 5 6	カゴシマ ハコ 鹿児島 花子	〇〇	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地〇	〇〇	
申請理由（○で囲む）			受給者証有効期間		
受給者証交付・変更・その他（ ）			令和4年11月10日～令和5年10月31日		
特定医療（指定難病）証明書提出枚数（1枚：平成・令和4年11月～平成・令和4年12月）					
振込先	金融機関名	本・支店(所)名	口座種類	口座番号	フリカシ名義人
	〇〇銀行	〇〇支店	普通 当座 ◎貯蓄預金は指定できません。	567890	カゴシマ 仔吶 鹿児島 一郎 ◎受給者または委任を受けた方に限ります。

◎記入上の注意

- この申請書は、受給者証の有効期間開始日から交付日までの間、または受給者証の交付日以降で手続き等の関係から、すでに支払った医療費のうち、**本来公費負担されるべき特定医療費がある方のみ**提出してください。
「受給者証」及び「特定医療費（指定難病）自己負担上限管理票」を指定医療機関に提示されなかった場合等は、**特定医療費（指定難病）支給申請の対象になりません**のでご注意ください。
- 指定医療機関ごとに、特定医療費（指定難病）証明書の記載を受けて、この申請書に添付して提出してください。
なお、受給者証交付月に自己負担上限額管理票の記載がありましたら、その写しも添付してください。
- 自己負担額（月単位）が高額療養制度の自己負担額を超えた場合、その超えた額については、保険者（健康保険証発行元）に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給額通知書又は限度額認定証、高額療養費・高額介護サービス費の支払い証明書等の写しを添付のうえご請求ください。
（*高額療養費は特定医療費支給申請の対象とはなりませんのでご注意ください。）
- 振込先については、通帳の写しを添付していただきますが、記載誤りがないようにご記入ください。

〈令和5年10月〉

※ この用紙は、証明書の記載を依頼する際に、指定医療機関の方へお渡しください。

指定医療機関の担当者様へ

「特定医療費（指定難病）証明書」について

この証明書は、「特定医療費(指定難病)受給者証」(以下「受給者証」という。)に記載されている有効期間の開始日から「受給者証」を受領されるまでの間に、受給者証に記載されている疾患(指定難病)に対する治療等に関して支払われた医療費がある場合、公費負担額相当分を受給者の指定口座に振り込みさせていただくためのものです。

証明書(片面)は、指定医療機関(病院または診療所・薬局・訪問看護ステーション等)ごとに作成してください。

なお、下記の点につきまして、御理解と御協力をお願いします。

- ◎ 「受給者証」及び「特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票」(以下「上限額管理票」という。)の受領後、両方を提示せずに受診し支払われた医療費は、特定医療費(指定難病)の公費助成対象となりません。
つきましては、受診の際には必ず「受給者証」及び「上限額管理票」の両方を提示するよう御指導ください(紛失した場合は保健所等に連絡するよう御指導ください。)
- ◎ 医療費の払い戻しを受けるために「特定医療費(指定難病)証明書」を必要としていることを御確認ください。
なお、受給者証の更新申請等、払い戻し以外の目的で医療費の証明書を必要とする場合は、必ず「医療費総額証明書」で証明をお願いします。(払い戻し以外の目的で、「特定医療費(指定難病)証明書」による申請は受け付けられません。)

※ 指定難病外分とは、

- ・ 受給者証に記載されている有効期間の開始日より前の治療費
- ・ 受給者証に記載された指定難病(当該疾患に付随して発現する傷病に対する治療を含む。)でないものに係る治療費

※ 証明書の診療月について

県に払い戻しの申請があった場合、対象期間の各月ごとに、受給者が指定医療機関で支払ったすべて(指定難病外分を含む。)の医療費に応じて払い戻し額を決定します。

つきましては、受給者証に記載されている「有効期間の開始日の属する月の初日から、受給者証が交付された月の末日」までに支払われたすべての医療費(指定難病外分を含む。)について、記入をお願いします。

また、同月に給付割合の異なる医療費の支払いがある場合は、給付割合毎に記入欄を変えてください。

※ 証明欄の印について

指定医療機関の証明欄の印は、担当者の私印ではなく、指定医療機関の印で押印されるようお願いします。また、担当者及び所属課も必ず記入されるようお願いします。

特定医療費（指定難病）証明書 記入例

記入上の注意を御覧になり証明してください。

受給者氏名		鹿兒島 花子		適用区分		公費負担者番号						受給者番号					
				5	4	4	6	6	0	1	6	0	1	2	3	4	5
自己負担上限額		10,000 円		受給者証を確認できなかった理由		受給者証交付 ・ 変更 ・ その他 ()											
				高額療養費申請対象期間		令和 4年11月						～ 令和 4年12月					
診療月	診療期間	診療日数	保険種別	給付割合	総医療費	医療保険負担分	患者自己負担相当額	左のうち患者が実際に支払った額(領収額)	高額療養制度での自己負担限度額	月額自己負担上限額または2割or1割負担額の小さい方	決定額						
4年	入院	全入院期間 (4日 ~ 31日)	28	国	7	501,120	350,784	150,336	82,441								
	内訳	うち指定難病外分				201,000	140,700	60,300									
	内訳	うち指定難病分 (10日 ~ 31日)	22			300,120	210,084	90,036									
11月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)															
	内訳	いつからいつまでの期間であるか分かるように記入してください。															
	内訳	うち指定難病外分															
4年	入院	全入院期間 (1日 ~ 15日)	15	国	7	100,050	70,035	30,015	30,020								
	内訳	うち指定難病外分				0	0	0									
	内訳	うち指定難病分 (1日 ~ 15日)	15			100,050	70,035	30,015									
12月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)	3	国	7	30,020	21,014	9,006	9,010								
	内訳	うち指定難病外分				9,000	6,300	2,700									
	内訳	うち指定難病分 (19日 ~)	3			21,020	14,714	6,306									
年	入院	全入院期間 (日 ~ 日)															
	内訳	うち指定難病外分															
	内訳	うち指定難病分 (日 ~ 日)															
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)															
	内訳	うち指定難病外分															
	内訳	うち指定難病分 (日 ~)															
年	入院	全入院期間 (日 ~ 日)															
	内訳	うち指定難病外分															
	内訳	うち指定難病分 (日 ~ 日)															
月	通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)															
	内訳	うち指定難病外分															
	内訳	うち指定難病分 (日 ~)															
合計	入院	全入院期間	43	国	7			180,351	112,461								
	内訳	うち指定難病外分						60,300									
	内訳	うち指定難病分	37					120,051									
通院等	全体額 (通院・院外薬局・訪看・訪問リハ・居宅)	3	国	7				9,006	9,010								
	内訳	うち指定難病外分						2,700									
	内訳	うち指定難病分	3					6,306									

上記のとおり相違ないことを証明します。

指定医療機関 令和 ○年○月○日

所在地 ○○市○町○番地○

名称 ○○○病院

代表者名 院長 ○○○○

担当者名 ○○○○ (所属課 ○○○○課)

T E L ○○○-○○○

印

チェック項目

病院・診療所 薬局 訪問看護

自己負担上限額

円

* 記入上の注意

- 特定医療費（指定難病）に係る申請手続き中に生じた月ごとの医療費について、受給者が支払った金額の証明をお願いします。なお、証明される同じ期間内に他の指定医療機関への支払いがある場合には、同時に申請するようにご指導ください。
- 太線で囲った分を記入してください。
 - 証明する月の総額をご記入いただくとともに、「うち指定難病分」の欄は、特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間開始日から認定日（給者証交付日）までの期間であって、かつ指定難病及び指定難病に直接起因する合併症に係る医療費をご記入ください。また、受給者証交付月に公費適用した医療費については、行を別にしてご記入ください。
 - 同月に保険の異なる支払いがある場合は、保険ごとに行を別にしてご記入ください。
 - 「患者自己負担相当額」とは総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。
 - 「左のうち患者が実際に支払った額」の欄は、自己負担全額を支払った場合はその額を、また、高額医療貸付制度を利用したの支払や後期高齢者医療制度の限度額支払は、窓口で領収した額を記入してください。
- この用紙に証明された医療費については、診療報酬明細書の差し替えはしないでください。