

指定難病療養費申請書

千葉県知事

様

年 月 日

受給者氏名				受給者番号	
生年月日	T・S・H・R	年 月 日 生	月額自己負担上限額	円	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
健康保険組合等からの附加給付	有 ・ 無	→ 自己負担限度額 円 円未満不支給 円未満切り捨て	健康保険上の適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ	

決定金額	(この欄は記入しないでください)
	円

診療年月	保 険 対 象 分				公費負担額 (この欄は記入しないでください)
	上記有効期間内の 対象疾患に係る保険診療総額・・・A			Aのうち、患者負担額・・・B	
年 月	外来	日間	円	円	円
月	入院	日間	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円
月	入院	日間	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円
月	入院	日間	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円
月	入院	日間	円	円	円
年 月	外来	日間	円	円	円
月	入院	日間	円	円	円

上記のとおり証明する。	指定医療機関名	作成者
	所在地	(部 署)
年 月 日		氏 名
	代 表 者 氏 名	電話番号

※証明内容についてお問合せさせていただく場合があります。

この申請に関して、必要に応じて千葉県が健康保険組合等に対して照会すること、及び千葉県が健康保険組合等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

振込先	金融機関名	銀行 支店	申請者	住 所	〒
	口座番号	普通・当座 No.		氏 名	
	フリガナ			電話番号	
	氏 名			受給者との続柄	

1. 太枠内(証明欄)は指定医療機関が記入してください。

2. 太枠内(証明欄)の訂正は、証明者の訂正印によるもの以外は一切認められません。

3. 振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。

4. 消すことができるインクのペンを使用した申請は認められません。
- 【 申請時に必要な添付書類 】
1. 領収書等の支払内容がわかる書類(申請月のものすべて)

2. 特定医療費(指定難病)受給者証の写し

3. 指定難病特定医療費自己負担限度額管理手帳の写し

4. 健康保険証の写し

5. 限度額適用認定証等の写し(交付されている方のみ)

6. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号及び
口座名義(カタカナ表示)が分かる通帳等の写し(通帳の2ページ目等)