

県単独指定難病に係る療養費支給申請書

(宛先)
埼玉県知事

年 月 日

申請者	郵便番号 及び住所	〒		
	フリガナ 氏名	.....	
	日中の 連絡先電話番号	()	受給者との 続柄	

○受給者と申請者が異なる場合は、下記の記入をお願いします。(受給者が未成年で、申請者が保護者の場合には記入不要)

私(受給者)は上記申請者を代理人と定め、県単独指定難病に係る療養費の支給申請及び受領の権限を委任します。

年 月 日

受給者住所
受給者氏名

年 月分 ~ 年 月分の療養費について、下記のとおり申請します。

記

1 受給者【県単独指定難病医療受給者証及び医療保険の資格情報が確認できる資料添付】

公費負担者番号	.....	受給者氏名			
受給者番号	.....	生年月日	年	月	日生

2 療養費を申請する月に利用した指定医療機関【療養証明書 添付】

診療月	指定医療機関名			
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

3 申請金額及び振込先(申請者名義の口座)【通帳(又はカード)のコピー 添付】

申請金額	円	※ 決定金額	円
------	---	--------	---

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号(右づめで記入)	口座名義(カタカナ)
.....	普通	.....	.....

※欄は記入しないでください。

なお、この申請に関して不明な点がある場合、埼玉県が直接、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埼玉県に当該情報を提供することに同意します。

受給者 _____ 被保険者 _____

相続人 _____ ↑被保険者が受給者の場合は必要ありません。

法定代理人 _____

※添付書類等は裏面をご覧ください。

添付書類 (①～⑤は全員必要です。⑥⑦は該当者のみ必要です。)

① 療養証明書

申請書中2に記載した全ての指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)それぞれの療養証明書が必要です。

※ 埼玉県外の医療機関の場合でも、その所在する都道府県の知事等が難病法に基づいて指定している場合は、対象となります。

② 医療機関発行の領収書(原本のみ有効、コピーや再発行の場合はお支払いできません)

③ 県単独指定難病医療受給者証のコピー

④ 対象患者の医療保険の資格情報が確認できる資料

⑤ 振込口座及び名義が確認できるもの(通帳(又はカード)のコピー)

⑥ 保険者・市町村から支給された医療費(高額療養費など)が確認できるもの
(通知のコピーなど)

⑦ 市町村からの介護保険に係る高額介護(介護予防)サービス費が確認できるもの
(通知のコピーなど)

※ 指定難病医療費自己負担上限月額管理票(コピー)は、申請される月の分が記載されている方のみ提出(提示)してください。

<療養費支給申請をされる方へ>

1 支給申請ができるのは、**認定された疾患**についての

① 保険診療分の医療費

② 介護保険法の規定による次のサービスの自己負担分

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、

指定介護療養施設サービス

に限ります。

認定された疾患に関わりのない治療や保険適用外のサービス(差額ベッド代など)、診断書等の文書料などは支給の対象になりません。

2 同一月に複数の医療機関を利用した場合には合算する必要がありますので、必ず月毎にまとめて申請をしてください。

3 高額療養費等の対象となる方は、この支給申請前に高額療養費払戻申請手続きをとってください。高額療養費等の額が決定した後、この支給申請を行ってください。高額療養費払戻申請の方法については保険者にお問い合わせください。

4 医療機関等から療養証明書の発行手数料等を請求されることがあります。その発行手数料等は申請者の負担となります。

県では、受け付けた申請書等の内容を審査して公費負担する金額を決定し、申請者が指定した金融機関口座(申請者名義の口座)に振り込みます。

※ 添付書類もれに御注意ください。

決定手續において、通常以上に時間がかかります。

本申請書は、平成27年1月分以降の療養費請求用です。

認定された疾患で一月(ひとつき)に支払った金額(保険適用分)が自己負担上限月額を超えた場合 又は認定された疾患で自己負担額を3割支払った場合は請求することができます。