

特定医療療養費請求書について

この「特定医療療養費請求書」は、『指定難病医療費受給者証』が届くまでの間、指定難病による医療費の支払いがあった場合等に、余分に支払った医療費の払い戻しを請求するための申請書です。（自己負担上限額分を除く）申請に必要な書類は次のとおりです。

1 申請書類等について

- ① 特定医療療養費請求書（裏面「請求書記入例」を確認）
- ② 特定医療費療養証明書（医療機関、薬局等へ記入を依頼してください）
- ③ 医療機関・薬局発行の領収書の写し
- ④ 指定難病医療費受給者証、自己負担限度額管理票（医療費等の記載欄）の写し
- ⑤ 医療保険証の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し
マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報」の写し
- ⑥ 振込先の預金通帳（氏名・ふりがな・銀行名・支店名が分かるページ）の写し
- ⑦ 印鑑（必要な場合のみ・裏面「請求書記入例」を確認してください）

※ ③～⑥までは、写し(コピー)をご提出ください。

※ ①～⑦以外で該当者のみ必要な書類があります。詳しくは「①請求書(裏面)」をご覧ください。

医療機関等によっては
手数料等がかかる場合が
あります。

〈②・③ 療養証明書、領収書の写しについて〉

例：〇月〇日の A 病院の処方箋で、B 薬局で薬を処方してもらった場合

- ア) ○月○日の A 病院の療養証明書、領収書 + ○月○日の B 薬局の療養証明書、領収書
もしくはイ) ○月○日の A 病院の療養証明書、領収書 + ○月○日の B 薬局の記入部分がある受給者
証の自己負担上限額管理票の写し
もしくはウ) ○月○日の A 病院及び B 薬局の記入部分がある受給者証の自己負担上限額管理表の写し

〈④ 指定難病医療費受給者証・自己負担限度額管理票のコピー例〉

[illegible]

請求期間の自己負担限度額管理票の写しが必要です。分からない場合は全てのページの写しをお取りください。
※足りない部分がある場合は再度提出いただく場合があります。

※継続でお使いの受給者証が書き換えとなった(上限額変更等)場合で、④によって差額が確認できる場合は、②・③は省略できます。

2 申請書類の提出について

上記①～⑦の申請書類を、保健所地域保健課へ直接ご提出ください。

※申請書類に不備・不足等がある場合、受理できません。提出にあたっては、予め不足書類等がないかご確認ください。

3 保健所への書類提出後から口座振込までの流れ

- ・保健所地域保健課で申請書類を受理後、医療費の請求先である福島県へ申請書類を提出します。
- ・福島県において書類受理後、不明点などがある場合、県や保健所等から医療機関等への内容確認のための照会などを行うため、振込までの期間を要しております。
- ・振込通知等はありません。口座への振込名は『フクシマケンリョウヨウヒ』となりますので、通帳をご確認ください。

4 その他

「① 特定医療療養費請求書」記入例

様式第9号の1(要綱第7関係)

特定医療療養費請求書											
請求理由(該当する番号を○で囲んで下さい。)											
1 申請中のため医療受給者証がない状態で受診し、医療費の支払いをしたため											
2 自己負担上限額以上の支払いをしたため											
3 その他 (理由)											
申請日を記入											
福島県知事											
下記のとおり特定医療療養費を請求します。											
令和 8 年 4 月 3 日											
請求金額											
決定金額											
※ この欄は記入しないでください											
<受給者>											
氏名											
① 療養 太郎											
自己負担上限額											
② 10,000 円											
受給者番号											
③ 1 2 3 4 5 6 7											
階層区分											
④ -1											
生年月日											
⑤ 令和 8 年 4 月 1 日 (50 歳)											
有効期間											
⑥ 令和 8 年 1 月 1 日から 令和 8 年 12 月 31 日まで											
適用区分											
適用区分											
なお、この請求に関して不明な点がある場合、福島県・保健所等が直接保険者及び医療機関等に照会をし、保険者及び医療機関等が福島県・保健所等に当該情報を提供することに同意します。											
(受給者と被保険者が異なる場合のみ記載・押印)											
受給者氏名											
療養 太郎											
被保険者氏名											
被保険者が受給者の場合は必要ありません											

<請求者>											
フリガナ											
リョウヨウ ハナコ											
請求者氏名											
療養 花子											
受給者との続柄											
妻 (本人/父母/長男長女 等)											
住所											
〒 970-8000 いわき市 住所1-1											
電話 0246 (00) 0000											
フリガナ											
リョウヨウ ハナコ											
口座名義人 (請求者に同じ)											
療養 花子											
金融機関名											
店舗名											
種別											
口座番号											
××銀行 △△支店 普通 9 8 7 6 5 4 3											

※支払い方法は、普通口座への振り込みです。(競馬、定期預金専用通帳等ではできません。)

(委任欄(該当者のみ記入・押印))											
○ 受給者と請求者が異なる場合は、下記に記入をお願いします。											
なお、受給者が未成年で、申請が保護者の場合には記入は不要です。											
私(受給者)は、本請求に対し、下記の請求者を代理人と定め特定医療費の請求及び受領の権限を委任します。											
(受給者と請求者(振込口座の名義人)が異なる場合のみ記載・押印)											
受給者住所											
いわき市 住所1-1											
受給者氏名											
療養 太郎											

(注意)裏面の注意事項を必ず御確認ください。

様式第3号(要綱第5関係)

指定難病医療費受給者証											
公費負担者番号											
2 3 4 5 6 7 8 9											
指定難病医療費受給者番号											
③ 1 2 3 4 5 6 7											
氏名											
① 療養 太郎											
住所											
970-8000 いわき市 住所1-1											
生年月日											
⑤ 昭和51年4月1日											
性別											
男											
病名											
疾患名											
有効期間											
⑥ 令和8年1月1日～令和8年12月31日											
保険者											
※											
被保険者証の記号番号											
※											
適用区分											
※											
保護者 (受診者が18歳未満の場合)											
氏名											
続柄											
住所											
指定医療機関名											
難病法に基づき指定された指定医療機関											
自己負担上限額											
② 月額 10,000 円											
階層区分											
④ -I											
人工呼吸器等装着											
該当・非該当											
高額かつ長期											
該当・非該当											
軽症高額該当											
該当・非該当											
受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者											
有・無											
上記のとおり認定する。											
令和8年1月20日											
福島県知事印											
福島県知事 内堀 雅雄											

受給者証と照らし合わせながら、色が染まっている欄の記入をお願いします。

一部、必要時記入・押印いただく欄がありますので、ご確認をお願いします。

5 その他の制度（高額療養費）

医療保険の加入者の負担が重くならないよう、医療機関で支払う負担額には限度額が設けられています。高額療養費制度とは1ヶ月に支払った医療費が限度額を超えた場合、その超えた分が加入している医療保険から、高額療養費として、申請等により払い戻される制度です。

「特定医療療養費」は高額療養費支給後の負担額についてのみ支給を行います。高額療養費の対象になっているかについては、**加入している医療保険の保険者にお問い合わせください**。保険証をご確認ください。

- 「〇〇健康保険組合」「全国健康保険協会」「〇〇共済組合」「〇〇国民健康保険組合」と書かれている方
➡記載されている保険者にお問い合わせください。
- 「市区町村名」が書かれている方
➡記載されている市区町村の国民健康保険の窓口までお問い合わせください。
「いわき市」の方は、国保年金課(0246-22-7456)、各支所、市民サービスセンター
「福島県後期高齢者医療広域連合」でいわき市に住民票がある方は、
国保年金課高齢者医療係（0246-22-7466）、各支所、市民サービスセンター

【指定難病医療費助成制度に関するお問い合わせ】

いわき市保健所 地域保健課 保健指導係

住所 〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田191番地

電話 0246-27-8594

