



## 特定医療費（指定難病）返還金請求書

年 月 日

沖縄県知事殿

特定医療費（指定難病）を別紙特定医療費（指定難病）証明書のとおり請求します。

受給者	受給者番号	.....	支給決定額 ※沖縄県記入欄	円
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	疾病名		自己負担 上限額	円
	住所	〒		
	医療保険 種別	国保・社保・後期高齢	保険者 (保険証発行元)	
請求者	フリガナ		受給者との続柄	電話番号
	氏名 (口座名義人)		印	
	住所	〒		
	請求理由	1. 受給者証の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し 2. 自己負担上限額変更によって生じた支払額の払い戻し 3. その他 ( )		
	振込先	金融機関名		口座種別
本・支店名			口座番号	
<b>委任状</b>				
私（受給者）は、下記の者を代理人と定め、沖縄県からの特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。				
〔 受給者 氏名 印 〕		〔 代理人（請求者） 住所 氏名 印 〕		

## ○記入上の注意

- 黒または青のインクのペンで記入してください。また、消えるタイプのインクのペンは使用しないでください。
- 太枠内は記入しないでください。県が記入する欄になります。
- 特定医療費（指定難病）証明書（様式第11号）を指定医療機関に証明してもらい、添付してください。
- 特定医療費（指定難病）証明書（様式第11号）で証明された治療等の領収書を添付してください。
- お支払いした医療費が高額療養制度の自己負担限度額を超えていた場合は、その超えた額については本請求の対象となりません。ご加入の保険者から高額療養費の給付を受けてから、本請求を行ってください。
- 受給者と請求者が異なる場合は、委任状欄に記入・押印が必要です。  
(受給者が未成年で保護者が請求する場合は、その関係が証明できるもの（住民票等）を添付すればそれに代えることができます。)
- 請求者の振込先は別紙債権者登録申請書と一致させてください。

# 「特定医療費（指定難病）返還金請求書」について

この請求書は、「特定医療費（指定難病）受給者証」（以下、「受給者証」という。）に記載の有効期限の開始日以降に受けた、認定された指定難病に対する診療等で支払われた医療費のうち、自己負担上限額を超えている部分及び医療保険等の自己負担割合が3割の場合は、特定医療費の自己負担割合（2割）との差額について、ご指定の口座にお振り込みをさせていただくものです。

なお、支払われた医療費が、高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合は、その超えた部分については本請求の対象とはなりません。高額療養費の給付を受けてから、高額療養費給付額が分かる書類を添付のうえ本請求を行ってください。

高額療養費の請求については、保険者（健康保険証発行元）へお問い合わせください。

## 【提出書類】

- ① 特定医療費（指定難病）返還金請求書    ② 特定医療費（指定難病）証明書    ③ 領収書
- ④ 高額療養費給付額が分かる書類（高額療養費の自己負担上限額を超えている場合）    ⑤ 受給者証の写し
- ⑥ 自己負担上限額管理票の写し    ⑦ 債権者登録申請書（※）
- ⑧ 通帳の写し（金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号が確認できるもの）

※ 過去に沖縄県に提出し登録して振込先をその登録した口座にする場合は、提出不要です。

## ○記入時の注意点○

- 黒または青のインクのペンで記入してください。また、消えるタイプのインクのペンは使用しないでください。
- 印鑑は認め印で結構です。
- 記載日は必ず記入してください。
- 請求書欄外にも捨て印を押印してください。（請求者の認め印と同じもの）
- 太枠内は記入しないでください。（県が記入する欄です。）
- 訂正が生じた場合は、（二重取消線）を引き、その上に正しい内容を記載してください。（捨て印を押印して頂くので、訂正印は不要です。）
- 請求者の振込先は、債権者登録申請書の内容と一致させてください。
- 受給者と請求者が異なる場合のみ記入してください。
- 受給者本人の口座に振込の請求をする場合、こちらは記入不要です

## 【記入例】

### 特定医療費（指定難病）返還金請求書

沖縄県知事殿

年 月 日

特定医療費（指定難病）を別紙特定医療費（指定難病）証明書のとおり請求します。

受給者	受給者番号	0 : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6	支給決定額 ※沖縄県記入欄	円	
	フリガナ	おきむ たろう		生年月日	昭和47年 5月 15日
	氏名	沖縄 太郎		自己負担 上限額	5,000 円
	疾病名	パーキンソン病			
	住所	〒 900-8570 沖縄県那覇市泉崎1-2-2			
医療保険 種別	国保・社保・後期高齢	保険者 (保険証発行元)	那覇市		
請求者	フリガナ	おきむ たろう		受給者との続柄	電話番号
	氏名 (口座名義人)	沖縄 太郎	沖縄	本人	△△△-△△△-△△△△
	住所	〒 同上			
	請求理由	1. 受給者証の交付申請後、受給者証を受領する前に支払った医療費の払い戻し 2. 自己負担上限額変更によって生じた支払額の払い戻し 3. その他( )			
	振込先	金融機関名	×××銀行	口座種別	普通・当座
	本・支店名	□□□支店	口座番号	××××××××	
委任状					
私（受給者）は、下記の者を代理人と定め、沖縄県からの特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。					
受給者	代理人（請求者）				
氏名	〒	住所	氏名	〒	

## ○記入上の注意

- 1 黒または青のインクのペンで記入してください。また、消えるタイプのインクのペンは使用しないでください。
- 2 太枠内は記入しないでください。県が記入する欄になります。
- 3 特定医療費（指定難病）証明書（様式第11号）を指定医療機関に証明してもらい、添付してください。
- 4 特定医療費（指定難病）証明書（様式第11号）で証明された治療等の領収書を添付してください。
- 5 お支払いした医療費が高額療養費制度の自己負担限度額を超えていた場合は、その超えた額については本請求の対象となりません。ご加入の保険者から高額療養費の給付を受けてから、本請求を行ってください。
- 6 受給者と請求者が異なる場合は、委任状欄に記入・押印が必要です。  
(受給者が未成年で保護者が請求する場合は、その関係が証明できるもの（住民票等）を添付すればそれに代えることができます。)
- 7 請求者の振込先は別紙債権者登録申請書と一致させてください。