

特定医療費（指定難病）償還払い申請書

【記入例】

〇年 〇月 〇日

富山県知事 殿

申請者 〒 **930-0000**
 住所 **〇〇市〇〇町〇〇番地**
 氏名 **立山 花子**

(受給者との続柄： **妻**)

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

〇年 〇月分 から 〇年 〇月分 (〇ヶ月) の特定医療費（指定難病）を別添のとおり申請します。

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

フリガナ	タテヤマ タロウ		受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
受給者氏名	立山 太郎		〇〇〇	支店	支店コード	貯金種別					
振込口座 (申請者)	〇〇〇〇〇		銀行	信用組合	〇	〇	〇	普通	当座		
	口座 番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	口座名義 (カナ)		
					タテヤマ ハナコ						

振込口座は、申請者の口座名義としてください。

(委任状)

私は、上記申請者 **立山 花子** を代理人と定め、富山県から受ける特定医療費（指定難病）の償還払いの申請及び受領について委任します。

〇〇年〇〇月〇〇日

委任者（受給者） 住所 **〇〇市〇〇町〇〇番地**
 氏名 **立山 太郎**

申請者と受給者（受給者が18歳未満の場合は親権者）が同一の場合、委任状の記載は不要です。

個人情報の取扱いについて

この申請に関して不明な点がある場合、富山県（受付機関である富山市を含む）が、直接、医療機関や保険者等に対し照会を行うこと及び

受給者もしくは代理人（受給者が18歳未満の場合は親権者）が氏名を記載してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

受給者又は代理人氏名 **立山 太郎**

※裏面の注意事項を参照のうえ記入ください。

支払決定額

円 (記入しないこと)

注 意 事 項

《特定医療費（指定難病）を申請される方へ》

1. 申請書は、有効期間初日から特定医療費（指定難病）受給者証（以下、「受給者証」という。）が届くまでの間に、認定された疾病の治療で指定医療機関においてお支払いになった医療費について富山県から払い戻しをするためのものです。
 - 指定難病にかかる保険適用分の医療費が助成の対象です。
入院個室料、診断書料、有効期間外に受けた医療、指定医療機関以外で受けた医療、認定された疾病に関わりのない治療や保険適応外のサービスは助成の対象になりません。
 - 医療費の助成は、保険適用分の医療費患者負担額のうち、高額療養費自己負担限度額が上限となります。それを超える額の申請については、加入の各医療保険の保険者へお問合せください。
 - 月ごとの特定医療費（指定難病）総額の2割（1割負担の方は1割）を限度として、月額自己負担上限額の範囲内の負担をしていただきます。
 - 保険者からの付加給付がある場合、付加給付分をこの申請書に含むことはできません。
2. 申請書提出の際には、特定医療費（指定難病）償還払い申請書（本書）、特定医療費（指定難病）療養記録、受給者証及び自己負担上限額管理票、銀行の振込み口座番号等が分かるもののコピーを提出してください。

なお、特定医療費（指定難病）療養記録は、指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに必要となります。
3. この申請書は住所地を管轄する厚生センター・支所または富山市保健所（富山市在住の方）に提出してください。提出後、内容を審査のうえ償還払いの手続きをしますので、口座振込みまでに時間を要する場合がありますが、ご了承ください。
4. 受給者（受給者が18歳未満の場合は親権者）と申請者の氏名が異なる場合は委任状欄への記載が必要となります。
5. 内容審査をするうえで、治療内容や保険料の給付状況について医療機関や保険者等に対して照会をする必要が生じる場合があります。このとき富山県（受付機関である富山市を含む）が直接、医療機関等に対し照会を行うこと及び、医療機関等が県又は富山市に当該情報を提供することに同意いただける場合は、本申請書表面の「個人情報の取り扱いについて」欄に記名をお願いします。同意いただけない場合（同意欄に記名いただけない場合）でも、申請はできますが、審査に必要な書類等を全て申請者により揃えていただくこととなりますので予めご了承ください。

《申請書記載上の注意点》

1. 申請者と受給者が異なる場合は受給者との続柄を記入してください。
2. 振込口座については、申請者の名義の口座を記載してください。
3. 委任状欄への記載が必要な場合には、委任者（受給者）が必ず記名して下さい。
4. 個人情報の取扱い欄には、受給者又は代理人が記名してください。
5. 支払決定額の欄は記入しないでください。