

記載例

請求者	住所	〒		
	氏名	押印不要	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号	() -		

✓ください。

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

申請金額	円	※決定金額 (香川県記入欄)	円
------	---	-------------------	---

※審査のうえ支払金額を決定しますので、申請金額と異なる場合があります。

※分からない場合は、空欄で結構です。

ふりがな			受給者番号							
受給者氏名										
振込口座	銀行			支店						
	預金種別	普通・当座	口座番号							
	(カタカナ)									

請求者、受給者、口座名義者が同一の場合は、記載不要です。

◆申請書 受給者が異なる場合は委任状欄の記載が必要です。(患者)

委任状	私は、上記請求者.....(印)を代理		受ける特定医療費(指定難病)の償還払いの <input type="checkbox"/> 請求 <input type="checkbox"/> 受領 を委任します。		
	委任者 (受給者)	住所			
	氏名				(印)

委任者と請求者の姓が同じ場合は、それぞれ別の「はんこ」を押印してください。

◆添付書類 ①自己負担上限
②医療費の領収書

✓ください。

請求：請求者が受給者本人以外(口座名義人は患者本人)
受領：口座名義人が受給者本人以外(請求者は患者本人)
両方：請求者、口座名義人ともに本人以外

申請にあたっての留意事項

- ・医療費証明書は、指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- ・支給認定期間内の指定難病に係る医療費及び介護保険制度に基づくサービス費が支払いの対象になります。(入院時の食事療養費・生活療養費は対象外です。)
- ・入院時の食事療養費・生活療養費は、医療保険の制度で軽減される場合があります。詳しくは、ご加入の医療保険の保険者にお問合せください。
- ・高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費は、この申請に含むことができません。(高額療養費制度の詳細については、ご加入の医療保険の保険者にお問合せください。)