

様式第8号 特定疾患医療費給付申請書（払戻請求書）

受理	連番（県庁処理欄）

公費負担者番号	5	1	1	4					
	疾病番号	患者番号			検査番号				
受給者番号									
受給者氏名									
生年月日	1 大正					性別	男・女		
	2 昭和	年	月	日					
	3 平成								
振込先口座				銀行 信用金庫 信用組合 農協 ほか	支店				
口座番号	1.普通								
	2.当座								
口座名義人	カタカナで記入してください								

この請求を行う方は、**太枠の中**を記入してください。
 受給者番号などは受給者証をみてご記入下さい。
 書類の下段にある特定疾患医療費証明書は、**病院や薬局ごとに証明書をうけてください**。この証明書以外での領収書などによる払い戻しはできません。
 この申請は、お近くの保健所等にご提出いただくか、または県庁がん・疾病対策課へ郵送してください。
 払戻しの際には、郵便で振込通知を送付します。
 （振込みまで2～3ヶ月程かかります。）

特定疾患治療研究事業にかかる医療費を請求します。 なお、払戻金は左記の口座に振り込んでください。	神奈川県知事 殿
申請日：	年 月 日
申請者氏名：	(印)
申請者住所：	〒□□□-□□□□
申請者電話番号：	()
受給者との続柄（レ印をつけてください）	受給者の □本人 □配偶者 □親 □子 □ほか()

この用紙はコピーして使用されても構いません。

特定疾患医療費証明書（医療機関証明欄） <small>□欄はレ印で記載してください。裏面に記載例があります。</small>					受給者証有効期間	年 月 日～有効 <small>（受給者証を確認してください）</small>		
保険区分	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 後期高齢				証明書発行手数料	円	<small>診断書料はお支払いできません。証明書発行手数料の公費負担には上限があります</small>	
診療年月（平成）	被保険者負担区分（A）	診療区分	診療日数	特定疾患治療と認められる点数（B）	特定疾患に係る患者からの領収額（C） <small>(C) = (A) × (B)</small>	公費併用時の患者一部負担※相当額（D）	公費負担相当額（G-D）	償還決定額記入しないでください
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	日/回	() 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	日/回	() 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	日/回	() 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	日/回	() 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	日/回	() 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	日/回	() 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	日/回	() 点	円	円	円	円

受給者証の有効期間開始月及び同一月に特定疾患治療以外の診療も行っている時には、上段（ ）に保険診療総点数を必ずご記入下さい。食事療養費を記載する場合は空欄で構いません

受給者証の自己負担限度額を記入します。院外処方薬局等では0円になります

上記の通り領収していることを証明します。	年 月 日
医療機関等所在地 名称 代表者氏名	連絡先電話番号： 証明担当者名： 医療機関コード（固有コード7桁）
印	

小	円
証	円
計	円

＜医療機関証明（D）の欄「公費併用時の患者一部自己負担相当額」について＞
 (D)の欄についてはレセプトの記載方法に準じ、公費併用請求を行った場合を仮定して、レセプトにいう公費①ないし②の患者一部負担金額に記載すべき額を計上してください。
 (D)の欄に記載する金額の算定は次のとおりです。
 ●特定疾患にかかる医療費の被保険者負担分は全額公費負担となりますので、この欄は「0円」と記載してください。

- ◇ 特定疾患の認定を受けている方が、特定疾患の治療や調剤をうけるときには、医療費の自己負担（健康保険などの医療保険を使ったときの自己負担）が軽減されます。
- ◇ 特定疾患の治療費用について、医療機関の窓口で医療費の軽減がうけられなかったときには、この申請書を利用して、神奈川県知事に対し医療費の払戻し（償還払）請求をすることができます。（特定疾患の治療費用に限ります）
- ◇ 特に神奈川県で初めて特定疾患医療受給者証をうけたの方は、受給者証に記載されている有効期間までさかのぼって医療費を軽減できますから、自己負担限度額（受給者証に記載）以上の支払をしているときには、この請求書を使って払戻しをうけて下さい。
- ◇ また、県外の医療機関で治療や調剤をうけたときには、医療機関の窓口では医療費の軽減がうけられないことがありますので、その場合はこの請求書を使って払戻しをうけてください。
- ◇ 払戻しの請求ができるのは、認定された疾患についての保険医療費に限ります。認定された疾患に関わりのない治療（ケガや虫歯の治療など）や、保険適用外のサービス（差額ベッド代など）は払戻しの対象になりません。
- ◇ この申請書は、神奈川県がん・疾病対策課に到着した後、資格審査、内容審査（2～3ヶ月程）などを行い、払戻し手続を行います。
- ◇ 介護保険を利用した場合の払戻し手続は、この申請書では払い戻しできません。
- ◇ この申請書で、受給者の家族以外の方が医療費の払戻金を受け取る場合は、任意の様式で構いませんから、委任状を作成し、

この申請書に添付してください。このときの委任状は、受給者が委任者、払戻金の受取人が受任者となり、双方の押印が必要です。

- ◇ この申請書はお近くの保健所等にごさいます。
- ◇ この申請書の下段で医療機関等が医療費証明をしたときには、証明書発行手数料を徴収されることがあります。証明書発行手数料を支払ったときには、規定により、医療費の払戻しがある場合に限り「1つの医療機関で1回につき500円までを上限」として払戻しをすることができます。

保険医療費（食事療養費を除く）の支払が一定額を超える場合は、ご加入の健康保険から高額療養費制度による払戻しをうけることができます。
高額療養費制度の払戻し分をこの用紙で請求することはできません。高額療養費制度についての詳しいことは、各医療保険の保険者（健康保険組合や国民健康保険など）にお問合せください。

<※例 高額療養費制度による保険医療費・患者自己負担の上限>
 70歳未満の方で、高額療養費の適用区分がウの方
 1ヶ月あたり = ¥80,100 + (総医療費 - ¥267,000) × 1%

この申請書の提出先は	お問合せは
医療機関や薬局の証明をうけて、できあがった申請書は、お近くの保健所等までご持参いただくか、または右記までご郵送ください。	がん・疾病対策課
	〒231-8588 横浜市中央区日本大通1 電話045-210-4777

医療機関・調剤薬局の方へ<証明書記載例>

診療年月 (平成)	被保険者 負担区分 (A)	診療区分	診療 日数	特定疾患治療と 認められる点数 (B)	患者からの領収額 (C) (C) = (A) × (B)	公費併用時の 患者一部負担 相当額 (D)	公費負担 相当額 (C-D)	償還決定額 記入しないでくだ さい
入院および 食事療 養記載例 入院およ び 食事療養記載例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	10日/回	15,400 点	46,200円	0円	46,200円	円
	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input checked="" type="checkbox"/> 食事	26日/回	点	(A) × (B) にはなりません 6,760円	0円	6,760円	円
高額療養費該当時 の記載例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	30日/回	48,000 点	144,000 円	0円	※80,100+(480,000-267,000) × 1% = 82,230 82,230円	円
高額療養費（多数回 該当）該当時の記載 例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	30日/回	48,000 点	144,000 円	0円	44,000円	円
通院記載例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	1日/回	300点	900円	0円	900円	円
院外処方記載例	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	2日/回	1,700点	5,100円	0円	5,100円	円
70歳以上の方	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	3日/回	13,500 点	(A) × (B) にはなりません 18,000円	0円	18,000円	円
70歳以上の方 院外調剤薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	4日/回	900点	900円	0円	900円	円
70歳以上の方 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事	15日/回	60,000 点	(A) × (B) にはなりません 57,600円	0円	57,600円	円

ご不明な点は神奈川県がん・疾病対策課にお問い合わせ下さい。証明の対象者に対し法別51にて公費併用レセプト請求が行われている年月の証明をされますと、二重請求になりますのでご注意ください。