第９号様式

特定疾患医療費申請書（療養費払分）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金　　 額 |  | 円 |

 　　　　　ただし、特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく医療費

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | ５ | １ | ２ | ６ |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ受給者(患者)氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 承認期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 療養費払いとなった理由 | １　受給者票の有効期間内の療養で、受給者票が届く前に特定疾患に係る医療費を支払ったため２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 上記の金額を申請します。

 　　　 　 年　　月　　日

 京都府知事　様

 　　 （〒　　　―　　　　）

 　　 　 申請者 住　所

㊞

 　　 　 　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）

受給者との続柄（　　　　　　　　）

電話 （　　　　） －

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 |  | 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 口座番号 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 本　店支　店出張所 | 口座名義 | カタカナで記入して下さい。 |
|  |

１　振込先口座は原則、申請者の口座に限ります。ただし、受給者(患者)氏名と申請者氏名・口座名義が異なる場合は、委任状が必要です。

２　必ず、**受給者票のコピー**と**療養証明書**及び**領収書原本（レシート不可）**を添付して、お近くの保健所から申請してください。

３ 高額療養費の支給を受けられた方は、保険者が発行する高額療養費支給決定通知書を添付してください。

４　請求の対象は、受給者票の有効期間内の療養で、かつ特定疾患の治療に係るものに限ります。