

# 特定医療費（指定難病）請求書（調剤薬局用）

北九州市長様

令和 年 月 日

私は、下記の事項に同意のうえ、指定難病にかかる特定医療費（償還払い）を請求します。

- ・特定医療費の算定にあたり、北九州市が保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が北九州市に係る情報を提供すること。
- ・必要に応じて、北九州市が保険者及び医療機関等に係る情報を提供すること。

|     |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |
|-----|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|
| 請求者 | 住所   | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |
|     | 氏名   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者との続柄 |
|     | 電話番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |

|     |          |    |   |      |     |    |   |   |     |      |       |               |                              |  |  |                |  |  |
|-----|----------|----|---|------|-----|----|---|---|-----|------|-------|---------------|------------------------------|--|--|----------------|--|--|
| 受給者 | 氏名       |    |   |      |     |    |   |   |     |      |       | 振込先<br>(○で囲む) | 1 受給者本人の口座に振込<br>2 請求者の口座に振込 |  |  |                |  |  |
|     | 生年月日     | 年  | 月 | 日生   |     |    |   |   |     |      |       | 金融機関名         | 銀行                           |  |  |                |  |  |
|     | 受給者番号    |    |   |      |     |    |   |   |     |      |       | 本店・支店名        | (ゆうちょ銀行の場合は数字3桁)             |  |  |                |  |  |
|     | 受給者証有効期間 | 令和 | 年 | 月    | 日から | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 口座番号 | 普通・当座 |               |                              |  |  |                |  |  |
|     | 自己負担限度額  |    | 円 | 適用区分 |     |    |   |   |     |      |       |               |                              |  |  | 口座名義<br>(カタカナ) |  |  |

※申請時は振込口座の通帳をご持参ください。

|   |    |                  |    |
|---|----|------------------|----|
| <b>委任状</b>                                  |    | ※氏名については自署又は記名押印 |    |
| 私は、北九州市からの特定医療費（指定難病）（償還払い）について上記の内容を委任します。 |    |                  |    |
| 委任者（受給者）                                    | 住所 | 受任者（請求者）         | 住所 |
|   | 氏名 |                  | カナ |
|   |    |                  | 氏名 |

## ※記入上の注意

- ①請求者は、左のページの太枠内のみ記入してください。  
(受給者本人以外の口座に振り込む場合は、委任状も記入してください)
- ②右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に記入及び証明印をもらってください。
- ③記入にあたり、裏面の記入例を参考にしてください。
- ④必要に応じて、この用紙をコピーしてご使用ください。

| *支払金額決定欄 (北九州市記載欄) |          |       | 決定金額  |          |          |   |
|--------------------|----------|-------|-------|----------|----------|---|
| 医療・介護保険の別          | 受療期間     | 窓口支払額 | 患者負担額 | 患者自己負担済額 | 医療費公費負担額 | 円 |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円     | 円        | 円        | 円 |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円     | 円        | 円        | 円 |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円     | 円        | 円        | 円 |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円     | 円        | 円        | 円 |

※注意：「病院・医院」及び「調剤薬局」の両方の証明が必要です。

## 病院・医院記入欄

指定難病の治療に要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）

|       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 発行年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|       | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|       | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

指定難病として認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。

年 月 日 医療機関コード ( )  
 病院・医院所在地 ( )  
 病院・医院の名称 (Tel ( ) )  
 病院・医院の長名 (印 (記入者 ( ) )

## 調剤薬局記入欄

受給者の保険種別(○で囲む) 国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他( )

- 1 薬剤費の領収済証明 ①月ごとに記入すること。  
②受給者証の有効期間内分についてののみが記入の対象です。  
③受給者証に記載されている指定難病の調剤に関する分ののみが記載の対象です。

| 受療期間(処方日) | 総医療費(点数×10円) | 定率負担金(窓口支払額) | 備考        |
|-----------|--------------|--------------|-----------|
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円      | 円            | ・区分の限度額適用 |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円      | 円            | ・区分の限度額適用 |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円      | 円            | ・区分の限度額適用 |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円      | 円            | ・区分の限度額適用 |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円      | 円            | ・区分の限度額適用 |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円      | 円            | ・区分の限度額適用 |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円      | 円            | ・区分の限度額適用 |

## 2 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収済証明

| 受領期間     | 総医療費 | 患者負担金(窓口支払額) | 備考 |
|----------|------|--------------|----|
| 年 月 日～ 日 | 日 円  | 円            |    |
| 年 月 日～ 日 | 日 円  | 円            |    |
| 年 月 日～ 日 | 日 円  | 円            |    |
| 年 月 日～ 日 | 日 円  | 円            |    |

上記のとおり、指定難病として認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であり、公費併用レセプトによる国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。

年 月 日 医療機関コード ( )  
 調剤薬局所在地 ( )  
 調剤薬局の名称 (Tel ( ) )  
 代表者氏名 (印 (記入者 ( ) )

請求する方へ

- 1.病院・医院に③記入欄の記入を依頼する。
- 2.調剤薬局に④記入欄の記入を依頼する。
- 3.①、②の太枠の中を記入する。(受給者本人以外の口座に振り込む場合は、委任状も記入してください)
- 4.記入後、この請求書と受給者証、通帳、認印をご持参の上、各区役所の担当窓口で手続きをお願いします。

※なお、お支払いされた負担金の額等が自己負担金額を超えない場合(月別に計算します。)は、償還される金額はありませんので、お支払いの手続きの必要はありません。ご注意ください。

特定医療費(指定難病)請求書(調剤薬局用)

北九州市長様

令和 6年 11月 1日

私は、下記の事項に同意のうえ、指定難病にかかる特定医療費(償還払い)を請求します。  
 ・特定医療費の算定にあたり、北九州市が保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が北九州市に関係情報を提供すること。  
 ・必要に応じて、北九州市が保険者及び医療機関等に関係情報を提供すること。

①

|     |      |                         |  |               |
|-----|------|-------------------------|--|---------------|
| 請求者 | 住所   | 〒800-0000<br>北九州市門司区... |  | 受給者との続柄<br>本人 |
|     | 氏名   | 北九 花子                   |  |               |
|     | 電話番号 | 093-3*-**-****          |  |               |

②

|     |          |                                 |   |       |           |                              |    |            |           |        |                        |   |   |   |
|-----|----------|---------------------------------|---|-------|-----------|------------------------------|----|------------|-----------|--------|------------------------|---|---|---|
| 受給者 | 氏名       | 北九 太郎                           |   | 振込口座※ | 振込先(○で囲む) | 1 受給者本人の口座に振込<br>② 請求者の口座に振込 |    |            |           |        |                        |   |   |   |
|     | 生年月日     | 昭和 59年 5月 2日生<br>(40歳)          |   |       | 金融機関名     | 福岡 銀行                        |    |            |           |        |                        |   |   |   |
|     | 受給者番号    | 7                               | 6 |       | 5         | 4                            | 3  | 2          | 1         | 本店・支店名 | 本店<br>(ゆうちょ銀行の場合は数字3桁) |   |   |   |
|     | 受給者証有効期間 | 令和6年 7月 26日から<br>令和6年 10月 31日まで |   |       | 口座番号      | 普通                           | 当座 | 7          | 6         | 5      | 4                      | 3 | 2 | 1 |
|     | 自己負担限度額  | 5,000円                          |   |       | 適用区分      | オ                            |    | 口座名義(カタカナ) | キタキュウ ハナコ |        |                        |   |   |   |

※申請時は振込口座の通帳をご持参ください。

受給者本人以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。

|   |   |
|---|---|
| 委任状 ※氏名については自署又は記名押印                          |   |
| 私は、北九州市からの特定医療費(指定難病)(償還払い)について上記の内容を委任します。   |   |
| 委任者(受給者)<br><br>住所 北九州市門司区...<br><br>氏名 北九 太郎 | 受任者(請求者)<br><br>住所 北九州市門司区...<br><br>カナ キタキュウ ハナコ<br>氏名 北九 花子 |

※記入上の注意

- ①請求者は、左のページの太枠内のみ記入してください。(受給者本人以外の口座に振り込む場合は、委任状も記入してください)
- ②右ページは、受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に記入及び証明印をもらってください。
- ③記入にあたり、裏面の記入例を参考にしてください。
- ④必要に応じて、この用紙をコピーしてご使用ください。

北九州市で記入しますので、何も書かないでください。

|                    |          |       |        |          |          |   |
|--------------------|----------|-------|--------|----------|----------|---|
| *支払金額決定欄 (北九州市記載欄) |          |       | 決定金額 円 |          |          |   |
| 医療・介護保険の別          | 受療期間     | 窓口支払額 | 患者負担額  | 患者自己負担済額 | 医療費公費負担額 |   |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円      | 円        | 円        | 円 |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円      | 円        | 円        | 円 |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円      | 円        | 円        | 円 |
| 医・介                | 年 月 日～ 日 | 円     | 円      | 円        | 円        | 円 |

医療機関、調剤薬局の方へ

受給者証有効期間内かつ受給者証に記載されている指定難病に関する調剤分のみを記載してください。記入する行が足りない場合につきましては、右ページのみコピーして使用いただいて構いません。

※注意:「病院・医院」及び「調剤薬局」の両方の証明が必要です。

③

|   |                     |                     |                    |       |
|---|---------------------|---------------------|--------------------|-------|
| 病院・医院記入欄 指定難病の治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)         |                     |                     |                    |       |
| 発行年月日   | 6年 8月 16日           | 6年 10月 18日          | 6年 10月 28日         | 年 月 日 |
|   | 年 月 日               | 年 月 日               | 年 月 日              | 年 月 日 |
| 指定難病として認定されている疾患治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。 |                     |                     |                    |       |
| 令和6年 9月 1日                                      | 病院・医院所在地 北九州市門司区... | 医療機関コード (123456789) |                    |       |
| 病院・医院の名称 ○○病院                                   | 病院・医院の長名 院長 ○○○     | 印                   | (Tel 093-000-0000) |       |
|   |                     |                     | Ⓜ (記入者 ○○)         |       |

④

|   |   |              |            |
|---|---|--------------|------------|
| 調剤薬局記入欄   |   |              |            |
| 受給者の保険種別(○で囲む)  | 国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族) 協会 (本人 家族) ・ 組合(本人・家族)・共済(本人・家族) ・ 後期高齢 ・ その他( ) |              |            |
| 1 薬剤費の領収済証明 ①月ごとに記入すること。<br>②受給者証の有効期間内分についてのみが記入の対象です。<br>③受給者証に記載されている指定難病の調剤に関する分のみが記入の対象です。 |   |              |            |
| 受療期間(処方日)   | 総医療費(点数×10円)  | 定率負担金(窓口支払額) | 備考         |
| 6年 8月 16日～ 日  | 1日 1,970点×10円   | 5,910円       | ・区分の限度額適用  |
| 6年 10月 18日～28日  | 2日 54,321点×10円  | 35,400円      | ・区分オの限度額適用 |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円   | 円            | ・区分の限度額適用  |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円   | 円            | ・区分の限度額適用  |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円   | 円            | ・区分の限度額適用  |
| 年 月 日～ 日  | 日 点×10円   | 円            | ・区分の限度額適用  |

|                           |      |              |              |
|---------------------------|------|--------------|--------------|
| 2 居宅療養管理指導料に係る一部負担金の領収済証明 |      |              |              |
| 受領期間                      | 総医療費 | 患者負担金(窓口支払額) | 備考(難病外の有無など) |
| 年 月 日～ 日                  | 日 円  | 円            |              |
| 年 月 日～ 日                  | 日 円  | 円            |              |
| 年 月 日～ 日                  | 日 円  | 円            |              |
| 年 月 日～ 日                  | 日 円  | 円            |              |

上記のとおり、指定難病として認定されている疾患の治療のため、受給者より領収済であり、公費併用レセプトによる国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。

|                  |                    |                     |                    |  |
|------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--|
| 令和6年 10月 31日     | 調剤薬局所在地 北九州市門司区... | 医療機関コード (123456789) |                    |  |
| 調剤薬局の名称 代表取締役 ○○ | 代表者氏名              | 印                   | (Tel 093-000-0000) |  |
|                  |                    |                     | (記入者 ○○○)          |  |

記入例

病院・医院の方へ  
処方箋の発行年月日の記入を日別に記入してください。