

特定医療費（指定難病）請求書（指定医療機関用）

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指定医療機関等へ照会し、保険者及び指定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指定医療機関等に関係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 口 座 ※	振込先 (○で囲む)	1 受給者本人の口座に振込 2 請求者の口座に振込								
	生年月日	年 月 日生 (歳)							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 (カタカナ)									

※申請時は振込口座の通帳をご持参ください。

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）		受任者（請求者）	
住所		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				円
医療・介護 保険の別	入院 外来	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	入・外	年	月 日～ 日	円		円	円	円
医・介	入・外	年	月 日～ 日	円		円	円	円
医・介	入・外	年	月 日～ 日	円		円	円	円
医・介	入・外	年	月 日～ 日	円		円	円	円

病院・医院記入欄

受給者の保険種別 (○で囲む)	国保一般 ・ 国組（本人・家族） ・ 後期高齢 ・ 協会（本人・家族） 組合（本人・家族） ・ 共済（本人・家族） ・ その他（ ）			
1 医療保険分	①月ごとに記入し、「入院」、「外来」、「訪問看護」、「介護予防訪問看護」の別で記入すること。 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。 ③受給者証に記載されている指定難病の治療に関する分のみが記入の対象です。			
受 療 期 間	サービスの別	総医療費 (点数×10 円)	患者負担金 (窓口支払額)	備 考
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の適用あり
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の適用あり
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の適用あり
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の適用あり
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の適用あり
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の適用あり
2 介護保険分	①月ごとに記入し、「入院」、「訪問看護」、「訪問リハビリステーション」、「居宅療養管理指導」、「介護予防訪問看護」、「介護予防訪問リハビリステーション」、「介護予防居宅療養管理指導」の別で記入すること。(介護保険のその他のサービスは対象外) 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。 ③受給者証に記載されている指定難病の治療に関する分のみが記載の対象です。			
受 療 期 間	サービスの別	総医療費	患者負担金 (窓口支払額)	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
上記のとおり、患者負担金については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り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		
病院・医院所在地		()		
病院・医院の名称		(Tel)		
病院・医院の長名		㊞ (記入者)		

請求される方へ

1.医療機関に③病院・医院記入欄の記入を依頼する。

↳（調剤薬局用）、（訪問看護ステーション用）に該当がある場合は、併せて医療機関に依頼してください。

2.①、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）

3.記入後、この請求書と受給者証、通帳をご持参の上、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限度額を超えない（月別に計算）場合は、

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（指定医療機関用）

北九州市長様

令和 7 年 5 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指定医療機関等へ照会し、保険者及び指定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指定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 北九州市門司区・・・						受給者との続柄 妻
	氏名	北九 花子						
	電話番号	0 9 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 ② 請求者の口座に振込							
	生年月日	昭和 59 年 5 月 2 日生 (4 0 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 (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 令和6年 10月		26日から 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, 0 0 0 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）		受任者（請求者）	
住所 北九州市門司区・・・		住所 北九州市門司区・・・	
氏名 北九 太郎		カナ キタキュウ ハナコ 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			
医療・ 介護保 険の別	入院 外来	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	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円
医・介	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円
医・介	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円
医・介	入・外	年 月 日～ 日	円		円	円	円

指定医療機関の方へ

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の治療に関する診療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。

※患者負担金が自己負担割合の算出額と異なる（その他制度利用等）場合、その旨を簡単に記載ください。

*7 月 10～30 日入院。認定前含む総医療費 987,600 円で、限度額 57,600 円支払い。など

③

病院・医院記入欄				
受給者の 保険種別 (○で囲む)	国保一般 ・ 国組（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 医療保険分	①月ごとに記入し、「外来」、「入院」、「訪問看護」、「介護予防訪問看護」の別で記入すること。 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。 ③受給者証に記載されている指定難病の治療に関する分のみが記入の対象です。			
受療期間	サービスの別	総医療費 (点数×10 円)	患者負担金 (窓口支払額)	備 考
6 年 7 月 26 日～ 30 日	①・外・看・予 看	5 日 43,210 点×10 円	* 0 円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の摘要あり
6 年 8 月 1 日～ 20 日	入・①・看・予 看	2 日 1,234 点×10 円	3,700 円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の摘要あり
6 年 9 月 19 日～ 28 日	②・外・看・予 看	10 日 54,321 点×10 円	35,400 円	○ 区分オの限度額適用 ・難病以外の摘要あり
6 年 10 月 18 日～ 28 日	入・①・看・予 看	2 日 1,234 点×10 円	0 円	○ 区分 の限度額適用 ・難病以外の摘要あり 重度障害医療
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の摘要あり
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の摘要あり
年 月 日～ 日	入・外・看・予看	日 点×10 円	円	・区分 の限度額適用 ・難病以外の摘要あり
2 介護保険分 ①月ごとに記入し、「入院」、「訪問看護」、「訪問リハビリステーション」、「居宅療養管理指導」、「介護予防訪問看護」、「介護予防訪問リハビリステーション」、「介護予防居宅療養管理指導」の別で記入すること。（介護保険のその他のサービスは対象外） 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。 ③受給者証に記載されている指定難病の治療に関する分のみが記入の対象です。				
受領期間	サービスの別	総医療費	患者負担金 (窓口支払額)	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
年 月 日～ 日	入・看・リハ・居・予看・予リハ・予居	日 円	円	
上記のとおり、患者負担金については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り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7年 4 月 2 8 日 病院・医院所在地 北九州市門司区・・・ 病院・医院の名称 ○○病院 病院・医院の長名 病院長 ○○		医療機関コード (123456789) (093-000-0000) (記入者 医事課 ○○)		