

特定医療費（指定難病）請求書

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										
	電話番号										
受給者との続柄											

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								
	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 上限月額	円							(カナ) 口座名義								

※申請時は通帳等の振込口座が確認できるものをご持参ください。

委 任 状										※氏名については自署又は記名押印									
私は、下記の請求者を代理人と定め、指定難病にかかる特定医療費（指定難病）（償還払い）の請求及び受領を委任します。																			
委任者（受給者）										受任者（請求者）									
住所										住所									
カナ										カナ									
氏名										氏名									
⑩										⑩									

※記入上の注意

- ①請求者は、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、委任状を記入してください。)
- ②受給者証有効期間内に受診していた医療機関等に特定医療費（指定難病）証明書の作成を依頼してください。
- ③裏面及び『特定医療費（指定難病）償還払い申請のご案内』をご確認ください。

特定医療費を請求される方へ

記入後、この請求書と特定医療費（指定難病）証明書、受給者証、通帳等をご持参の上、お住まいの住所地区役所保健福祉課で手続きをお願いします。

※ なお、お支払いされた負担金の金額等が自己負担上限月額を超えない（月別に計算）場合は、償還される金額はありませんので、申請手続きの必要はありません。ご注意ください。

記入例１： 受給者本人の口座に振込

特定医療費（指定難病）請求書

北九州市長様

令和 8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關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關係情報を提供すること。

請求者と
受給者の
太枠のみ
ご記入
ください。

請求者	住所	〒803-8501 北九州市小倉北区城内1-1										受給者との続柄 本人
	氏名	北九 太郎										
	電話番号	093-0000-0000										
受給者	氏名	北九 太郎										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 金融機関名 ● ● 銀行 本店・支店名 本店 (ゆうちょ銀行の場合は数字3桁) 口座番号 ③ 普通 当座 1 2 3 4 5 6 7 (※) 口座名義 キタキュウ タロウ
	生年月日	昭和38年 2月 10日生 (63歳)										
	受給者番号	7	6	5	4	3	2	1				
	受給者証有効期間	令和8年 7月 26日から 令和8年 10月 31日まで										
	自己負担上限月額	10,000 円										

記入例２： 受給者本人以外の口座に振込

特定医療費（指定難病）請求書

北九州市長様

令和 8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關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關係情報を提供すること。

請求者と
受給者の
太枠と
委任状を
ご記入
ください。

請求者	住所	〒803-8501 北九州市小倉北区城内1-1										受給者との続柄 妻
	氏名	北九 花子										
	電話番号	093-0000-0000										
受給者	氏名	北九 太郎										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 金融機関名 ● ● 銀行 本店・支店名 本店 (ゆうちょ銀行の場合は数字3桁) 口座番号 ③ 普通 当座 0 1 2 3 4 5 6 (※) 口座名義 キタキュウ ハナコ
	生年月日	昭和38年 2月 10日生 (63歳)										
	受給者番号	7	6	5	4	3	2	1				
	受給者証有効期間	令和8年 7月 26日から 令和8年 10月 31日まで										
	自己負担上限月額	10,000 円										

※申請時は通帳等の振込口座が確認できるものをご持参ください。

委任状		※氏名については自署又は記名押印	
私は、下記の請求者を代理人と定め、指定難病にかかる特定医療費（指定難病）（償還払い）の請求及び受領を委任します。			
委任者（受給者）		受任者（請求者）	
住所 北九州市小倉北区城内1-1		住所 北九州市小倉北区城内1-1	
カナ 氏名	キタキュウ タロウ 北九 太郎	カナ 氏名	キタキュウ ハナコ 北九 花子
印		印	