別紙様式第9号

保健所受付印

特 定 医 療 費 請 求 書

（　　年　　月分）

島　根　県　知　事　　様　　年　　月　　日

次のとおり請求します。

債権者番号	※保健所記載欄

金　　円

［請求額＝③－(②又は①の小さい方)＋⑤－④］

請求者情報	氏名		受給者との続柄※		電話番号	
	住所	〒				

※　請求者と受給者の続柄が「本人」以外の場合は、下記委任状が必要です

受給者氏名		受給者番号						
疾病名		有効期間開始日※	年　月　日					
自己負担上限額【A】	円	適用区分※		本人負担割合※	3割・2割・1割			

※保健所記載欄。本人負担割合は、医療保険上の本人負担割合を記載。

自己負担上限額管理票			自己負担累積額【B】	受給者負担残額【C】
当月分の記載有無	□ あり　□ なし	※ありの場合→	円	① 円

※【C】=【A】−【B】

入院時食事療養費以外

診療等期間	指定医療機関名	総医療費（円）［総点数×10円］	受給者証適用後負担額(円)※	窓口支払額(円)［領収書記載額］
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
小　計				
合　計			②	③

※　10円未満の端数は四捨五入してください。また、1割負担の方は1割負担額を記載してください。

入院時食事（生活）療養費

入院期間	指定医療機関名	自己負担額(円)※	窓口支払額(円)
日～　日			（　食）
日～　日			（　食）
合　計		④	⑤

※　入院時食事(生活)療養費については、以下に該当する場合を除き公費負担の対象外です。
・受給者証に記載の公費負担者番号が「54325014」の場合･･･1／2を公費負担
・受給者証に記載の自己負担上限額が「0円」の場合･･･全額公費負担

（　委　任　状　）

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定医療費の請求及び受領について委任します。

年　　月　　日

受給者（委任者）住所

氏名

※請求者が受給者と異なる場合に記載

注１　償還払の対象となる医療費は、認定された疾病にかかるもののみです。

注２　添付書類･･･ □受給者証の写し　□自己負担上限額管理票の写し　□領収書原本（管理票に記載のものは省略可）
□口座振替申出書　□預金通帳の写し（口座番号とカナ口座名義がわかるページの写し）

注３　高額療養費の自己負担限度額を超えた額については、加入している医療保険から支給されます。

特定医療費請求書 別紙　（　　年　　月分）

受給者氏名		受給者番号	

入院時食事療養費以外				
診療等期間	指定医療機関名	総医療費（円）［総点数×10円］	受給者証適用後負担額(円)※	窓口支払額(円)［領収書記載額］
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
小　計			②'	③'

※　10円未満の端数は四捨五入してください。また、1割負担の方は1割負担額を記載してください。

入院時食事療養費			
入院期間	指定医療機関名	自己負担額(円)※	窓口支払額(円)
日～　日			（　食）
日～　日			（　食）
日～　日			（　食）
日～　日			（　食）
小　計		④'	⑤'

※　入院時食事(生活)療養費については、以下に該当する場合を除き公費負担の対象外です。
・受給者証に記載の公費負担者番号が「54325014」の場合･･･1／2を公費負担
・受給者証に記載の自己負担上限額が「0円」の場合･･･全額公費負担

②'～⑤'の金額を特定医療費請求書（様式第９号）の②～⑤に転記してください。