

特定疾患医療給付事業費請求書 〔訪問看護療養費・医療保険用〕

愛知県知事殿

年 月 日

特定疾患医療給付事業に係る訪問看護療養費公費負担分を請求します。

受付印

支給決定額 (愛知県記入欄)	円
--------------------------	---

※この欄は記入しないでください。

請求者	フリガナ					受給者との 続柄	
	口座名義人						
	フリガナ						
	住所	〒			-		
	電話番号	() -					
	請求者名義の口座	銀行コード <small>(金融機関名)</small>		支店番号 <small>(支店名)</small>		1 普通 2 当座	口座番号

銀行・信金・信組・農協・漁協・労金 支店

※金融機関にはゆうちょ銀行(銀行コード:9900)も含まれます。

受給者氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号	
承認期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	階層区分		適用区分

※受給者票に記載されているとおり記入してください。

請求者が患者(患者が18歳未満の場合は保護者)以外の場合は、委任状が必要です。

委 任 状

私(委任者)は下記の受任者に対し、特定疾患医療給付費の請求及び受領を委任します。

委任者 住所 _____

氏名 _____

受任者 住所 _____ 続柄 _____

氏名 _____

<申請者の方へ>

- 1 承認期間中において特定疾患に係る訪問看護を受療し、給付対象費用において自己負担額が発生している場合には、この請求書を使用して、愛知県知事に対し、訪問看護療養費の償還払いを請求することができます。
- 2 償還払いの対象となる訪問看護療養費は、認定された特定疾患についての保険診療分の療養費に限ります。
認定された特定疾患以外の治療(ただし、スモンを除く。)や衛生材料費、看護に伴って使用する消耗品及び交通費等の実費などは給付の対象になりません。
- 3 高額療養費制度の自己負担限度額を超える医療費は御加入の健康保険から給付されますので、この請求とは別に、御加入の健康保険へ高額療養費制度の払戻し請求を行ってください。
- 4 償還払いの請求には**特定疾患訪問看護療養費証明書(様式10-2)**が必要です。受診された指定事業者で証明を受けてください。
- 5 請求書には、**事業者発行の領収書(原本)**を添付してください。
領収書の返却を希望される場合は、請求書提出時に返信用封筒及び切手を同封してください。
- 6 振込みは、県が請求書を受け付けた月の翌月末日の予定です。
(県からの通知はありませんので、通帳で確認してください。)
- 7 請求書送付先 ・ 問い合わせ先
〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号
愛知県保健医療局健康医務部健康対策課 難病対策グループ
TEL 052-954-6270