

(様式第7号)
(新潟県記入欄)

請求者が記入

階層 区分		受給 開始	
----------	--	----------	--

相手方コード (新潟県記入欄)

(本人)

(支払先)

特定医療費請求書 (療養費払)

新潟県知事 様

関係書類を添えて、____年____月分から____年____月分(____ヶ月分)の特定医療費(指定難病)を請求します。また、この請求に関して、新潟県が必要に応じ医療機関に対し、照会することについて同意します。

請求者 18歳未満の場合は、保護者が請求者になります。

フリガナ		患者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子
氏名		との続柄	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()
住所	〒	電話番号	

患者 (特定医療費 (指定難病) 受給者) ※支払決定額欄の記載は不要です。

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	自己負担上限額		円
請求金額		支払決定額 (新潟県記入欄)		円

振込先金融機関 口座名義人は請求者と同一になります。

金融機関名	銀行・農協 信金・信組	口座番号	
支店名	支店 普通	口座名義人 (カナ)	カタカナで記入してください

委任欄 請求者と患者が異なる場合は記入が必要です。(患者が18歳未満で、保護者が請求する場合は不要)

私(患者)は、上記請求者を代理人と定め、特定医療費(指定難病)の請求及び受領に関する権限を委任します。

____年 ____月 ____日

委任者(患者)住所

氏名

添付書類	<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)証明書 (様式第7号の2) ※指定医療機関ごとに作成が必要です	枚
	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の写し	

保健所受理印

裏面の記入例もご確認ください

請求書記入例

請求者 18歳未満の場合は、保護者が請求者になります。

フリガナ	ニイガタ タロウ	患者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()
氏名	新潟 太郎 押印不要	電話番号	0 9 0 0 0 1 2 3 4 5 6
住所	〒 950-8570 新潟市中央区新光町4-1 ○○アパート ○号室		

患者（特定医療費（指定難病）受給者）

氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	患者氏名 請求者欄と同じ内容 であれば省略	2	3	4	5	6
----	--	-----------------------------	---	---	---	---	---

振込先金融機関 口座名義人は請求者と同一になります。

金融機関名	第四北越 銀行・農協 信金・信組	口座番号	ゆうちょ銀行の場合、 支店名は漢字の店名（例：一二八）、 口座番号は7桁を記入				
支店名	新潟駅前 支店	普通	口座名義人 (カナ)	ニイガタ タロウ			

口座番号や支店名は通帳などを見ながら正確に記入してください。

委任欄 請求者と患者が異なる場合は記入が必要です。（受診者が18歳未満で、保護者が請求する場合は不要）

私（患者）は、上記請求者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の請求及び受領に関する権限を委任します。	年 月 日
委任者（患者）住所	
氏名	

患者ご本人が請求されない場合は委任欄の記入が必要です。

申請にあたっての留意事項

- 「特定医療費（指定難病）証明書」は、指定医療機関ごとに作成してもらってください。
- 支給認定期間内の指定難病に係る医療費及び介護保険制度に基づくサービス費が支払いの対象になります。（入院時の食事療養費・生活療養費は対象となりません。）
- 入院時の食事療養費・生活療養費は、医療保険の制度で軽減される場合があります。詳しくは、ご加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。
- お支払いする金額より、証明書の発行手数料が高くなる場合があります。
※発行手数料については、医療機関ごとに異なるため、作成依頼する医療機関へご確認ください。
- 高額療養費制度で払戻を受けることができる医療費は、この申請に含むことはできません。
※ 高額療養費制度の詳細については、ご加入の医療保険の保険者にお問い合わせください。

～請求者様へ～

○必要枚数をコピーし、指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

～指定医療機関の方へ～
裏面記入例をご覧ください、
全項目を記入してください。

特定医療費（指定難病）証明書

特定医療費（指定難病）償還払 請求用

受給者氏名		受給者番号				
生年月日		年 月 日		有効期間開始日		
年 月 日		年 月 日		年 月 日		
保険種別		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 介護		自己負担割合		
				<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
診療年月	適用区分	確認方法	診療区分	診療実日数	保険診療点数	患者負担額 (実際の領収額)
適用区分欄は次のように記入してください。				診療月の総日数	総額 診療月の総点数 (単位)	※食費や保険外の支払いは含みません。
【70歳未満の場合】 ア、イ、ウ、エ、オ				日	点	円
【70歳以上の場合】 現役並みⅢ：Ⅵ 現役並みⅡ：Ⅴ 現役並みⅠ：Ⅳ				うち有効期間内、 難病の診療等を行っ た日数	うち受給者証の有効期間内 で、難病に係る点数 (単位) うち難病	
年		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	総額	円
月分				日	うち難病	円
				処方箋発行医療機関名		
年		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	総額	円
月分				日	うち難病	円
				処方箋発行医療機関名		
年		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	総額	円
月分				日	うち難病	円
				処方箋発行医療機関名		
年		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	総額	円
月分				日	うち難病	円
				処方箋発行医療機関名		
年		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他 ()	日	総額	円
月分				日	うち難病	円
				処方箋発行医療機関名		
【備考欄】						
※ 「患者負担額」は、患者から実際に領収してる金額（食費・保険適用外は除く）を記入して下さい。 ※ 入院と外来は分けて記入して下さい。また、医科と歯科は分けて記入してください。 ※ 自己負担上限月額に達しない場合でも記入してください。（他の指定医療機関分と合算するためなどに必要です。）						
上記の金額については、レセプトによる特定医療費の公費請求を行っておらず、				記入日	年	月 日
患者（又はその家族等）から領収済です。				記入者氏名		
所在地				所属		
指定医療機関名称				連絡先（内線）		
代表者						

○ 指定医療機関の方へ

助成の対象は、特定医療（受給者証有効期間内に指定医療機関で提供される指定難病に対する保険診療）のみです。

記入例

指定医療機関ごとに作成してください（必要に応じてコピーしてください）。

受給者証の有効期間：R 7.10.7～
入院：R 7. 10.1～R 7.10.10の10日間
通院（10月、11月）：難病以外の診療を含む場合

別紙様式第7号の2

～請求者様へ～

○必要枚数をコピーし、指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

指定医療機関が記入

～指定医療機関の方へ～
裏面記入例をご覧いただき、
全項目を記入してください。

特定医療費（指定難病）証明書

特定医療費（指定難病）償還払 申請用

受給者氏名	新潟 太郎		受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	昭和xx年 〇月 〇日		有効期間開始日	令和7年 10月 7日						
保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護		自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割						
診療年月	適用区分	確認方法	診療区分	診療実日数	保険診療点数	患者負担額 (実際の領収額)				
<small>適用区分欄は次のように記入してください。 【70歳未満の場合】 ア、イ、ウ、エ、オ 現役並みⅢ：Ⅵ 現役並みⅡ：Ⅴ 現役並みⅠ：Ⅳ</small>				診療月の総日数	総額 診療月の総点数 (単位)	※食費や保険外の支払いは含みません。				
令和7年 10月	エ	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()	一般所得：Ⅲ 低所得Ⅱ：Ⅱ 低所得Ⅰ：Ⅰ	10日 うち有効期間内、 難病の診療等を行っ た日数	30,000点 うち難病 20,000点	保険診療点数の総額 × 自己負担割合 (高額療養費適 用の場合は適用後の額)				
令和7年 10月	エ	<input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()		2日 うち難病 2日	総額 1,000点	57,600円				
令和7年 11月	ウ	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()		11日 10日 うち難病	総額 12,000点 うち難病 10,000点	36,000円				
月分		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()		日 うち難病	総額 点 うち難病 点	円				
年		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()		日 うち難病	総額 点 うち難病 点	円				
月分		<input type="checkbox"/> オンライン資格確認 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 確認不可 (みなし区分) <input type="checkbox"/> その他 ()		日 うち難病	総額 点 うち難病 点	円				

- 有効期間開始日
証明書作成の依頼を受けた際に、受給者証を確認して記入してください。
- 保険種別
異なる健康保険種別での診療がある場合は保険の種別ごとに作成してください。
- 診療区分
入院と通院は別行に記入してください。
医科・歯科は別行に記入してください。
- 診療実日数
上段は月の総日数、下段はそのうち有効期間内で難病に関する診療等を行った日数を記入してください。
- 保険診療点数
上段は月の総点数、下段はそのうち有効期間内で難病に関する診療等の点数を記入してください。その月が難病にかかる診療等のみの場合は、診療総点数(上段)は空欄も可。
- 患者負担額
難病分の自己負担ではなく、その月の自己負担の総額を記入してください。
- 日数、点数、患者負担額
有効期間開始日が月途中である場合や助成対象外の診療がある場合は、総日数、総点数及び窓口で実際に領収した金額(保険外は除く)を記入してください。「うち難病」には、特定医療費(指定難病)の対象となる診療のみ記入してください。
- 食費(食事療養費)
対象者は生活保護受給者のみです。
- 処方箋発行医療機関名を記入してください。(薬局のみ)
- 代表者
代表者について記名してください。(薬局の場合、管理薬剤師でも可)
- 不明点について、確認させていただく場合がございますので、記入者欄(記入日、記入者氏名、所属、連絡先)を必ず記入してください。

請求時に確認した適用区分とその確認方法を記入

【備考欄】

※「患者負担額」は、患者から実際に領収している金額(保険適用外は除く)を記入して下さい。
 ※入院と外来は分けて記入して下さい。また、医科と歯科は分けて記入して下さい。
 ※自己負担上限月額に達しない場合でも記入して下さい。(他の指定医療機関分と合算するためなどに必要です。)

上記の金額については、レセプトによる特定医療費の公費請求を行っております、
 患者(又はその家族等)から領収済です。

所在地 **〇市〇〇1丁目-1-1** 記入者 **x年〇月〇日**

指定医療機関名称 **〇〇病院** 記入者氏名 **〇〇**

代表者 **〇〇** 所属 **医事課**

連絡先(内線) **〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇**

押印不要