様式第１１号

記載について

特定医療費（指定難病）給付申請書（払戻請求）

申請額　　円

差引額の合計を必ず記載してください。

※「差引き額」の合計を記載してください。なお、高知県で領収書等の内容を確認し、支給額を決定するため、申請額と異なる支給額となる場合があります。

年　月分	窓口支払済額 A（円）	月額自己負担上限額 B（円）	差引き額 A－B（円）

月ごとに集計。
（複数受診の場合は合計してください）

実際に支払った金額を記入してください。

窓口支払済金額Aが自己負担上限額を超えている場合は自己負担上限額を記入してください。
自己負担上限額を超えていない場合は２割負担の算定額を記入してください（１割負担の方は１割）。一の位は四捨五入してください。

B：保険診療２割負担で算定した額が、自己負担上限額より低い場合は、２割負担の算定額を記入

【例】医療点数 756 点の場合　756 点×２（割）＝1512 円→一の位四捨五入→1,510 円

高知県特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱に基づき、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

高 知 県 知 事　様

請求者	住所		電話番号	
	氏名	（受診者との続柄　：　）		
	振込先	銀行　　支店	預金種別	普通 ・ 当座
		口座番号	ふりがな 口座名義人	
受診者	住所			
	氏名		受給者番号	

７桁の口座番号を記入してください。
７桁未満の場合は前に０をつけてください。

※請求者と口座名義人は同じにしてください。