

特定医療費（指定難病）給付申請書（払戻請求）

申請額	7,260	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)
R8年3月	2,270	1,510	760
年5月	受給者証の交付前に支払った金額(月の合計)	10,000	6,500

月ごとに集計。
(複数受診の場合は合計してください)

受給者証の交付前に支払った金額(月の合計)

医療費総額の2割※(受給者証を使った場合の負担割合)を計算してください。
一の位は四捨五入してください。【例】医療点数756点の場合 7,560×2割≒1,510円
算定額が自己負担上限額以上の場合 … 自己負担上限額を記入します。
算定額が自己負担上限額を超えない場合 … 2割※負担の算定額を記入します。
※1割負担の方は、1割で算定します。

高知県特定医療費
のとおりに請求し

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	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。			
	氏名			受給者番号	

※請求者と口座名義人は同じにしてください。

- [添付書類]
- ①申請（請求）する月分の「自己負担上限額管理票」の写し
 - ②特定医療費（指定難病）療養証明書（様式第11号）
 - ③領収書の原本
 - ④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類