

特定医療費等償還払申請書（補装具等）

すて印

北海道知事 様

年 月 日



次のとおり 年 月分を申請します。

なお、この申請に関して不明な点がある場合、北海道（受付機関である札幌市、旭川市、函館市及び小樽市を含む）が、直接、医療機関へ照会を行うことに【1. 同意します。 2. 同意しません。】

※（申請者の方に）太枠の中、氏名のフリガナの記入をお願いします。また、裏面も必ずご覧ください。

申請者	郵便番号			電話番号 (左詰・ハイフン付)				
	住所							
	フリガナ	(姓)			(名)			受給者との続柄
	氏名							
振込口座	金融機関名（正式名称）	本店支店名		店番号	口座番号（右詰7桁）			隔地払希望 <input type="checkbox"/>
		店			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/>			
フリガナ	(姓)		(名)		生年月日			
受給者氏名					年	月	日	
受給者証番号			自己 限度額	円	有効期間 の始期	年 月 日から		
保険種類	<input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 国 保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者							
申請額				円				

支払決定額 円

<申請の内訳> ※査定額の欄は記載不要です。

1 補装具

社会保険等による支給額	円
※査定額	円 × 割 円

2 あんま・マッサージ

施術を受けた期間	年	月	日から	日まで	
社会保険等による支給額					円
※査定額					円 × 割 円

3 はり・きゅう

施術を受けた期間	年	月	日から	日まで	
社会保険等による支給額					円
※査定額					円 × 割 円

添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 社会保険等における支給決定書
保健所收受印	
本庁	

注 意 事 項

《特定医療費等の償還払を申請される方へ》

- 1 特定医療費は、原則として指定医療機関に対して道が支払う制度ですが、指定難病の治療に必要な次の費用については、この申請書により償還払の申請をすることができます。
 - ① 補装具購入費用
(保険給付の対象とならないもの、他法により給付を受けた自己負担額については対象外)
受給者証の交付を受けている疾患の治療に直接関係する治療用装具であって、合併症など二次的な症状に対して必要なものは除きます。
 - ② 施術(あんま・マッサージ及びはり・きゅう)費用
神経・筋疾患、骨・関節系疾患等の治療に必要で、医師の同意に基づき、保険の適用となった施術に限ります。
- 2 申請が可能な期間は特定医療費に相当する医療費等を医療機関に支払った月又は受給者証が交付された月のいずれか後の月の翌月から5年間です。
- 3 「振込口座」欄は、申請者の口座について記入してください。
なお、受領方法を「隔地払」とした場合は、ゆうちょ銀行貯金事務センターから送付される「郵便振替払出証書」による郵便局での受取となります。
- 4 受給者証の交付を受けている方が未成年である場合は、親権者が申請することができます。この場合、住民票や健康保険証などの続柄が明らかとなる書類を添付してください。
- 5 受給者証の交付を受けている方が死亡された場合については、親族等が申請することができます。この場合、続柄が明らかになる書類(受給者証の交付を受けている方の除籍謄本)を添付してください。
- 6 添付資料は次のとおりです。
 - ① 補装具購入費用
 - ・ 医師の理由(証明)書のコピー
指定難病との因果関係、補装具名、補装具を必要とする理由、補装具による効果を記載したものであること。
 - ・ 領収書のコピー
 - ・ 保険者から交付される支給決定通知書のコピー
 - ② 施術(あんま・マッサージ及びはり・きゅう)費用
 - ・ 医師の同意(診断)書のコピー
指定難病との因果関係、施術に同意した理由、施術に同意した年月日、加療期間を記載したものであること。
 - ・ 領収書のコピー
 - ・ 保険者から交付される支給決定通知書のコピー
- 7 「保険の種類」欄は加入している保険に、レ点を付けてください。
- 8 査定額欄には記入しないでください。
- 9 診療月ごとに申請してください。