

(特定医療（指定難病）療養費請求書関係)

青森県知事 殿

		年 月 日
申告者	住 所	〒
	氏 名	(受給者との関係： )

## 自 己 負 担 申 告 書

年 月から 年 月の指定難病に係る医療費総額及び自己負担額（実際の徴収額）は、以下のとおりです。

※以下は、指定医療機関がご記入ください。 (単位：円)

年月日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	実際の徴収額	支払 確認印

※ 入院の場合は年月日欄に入院の期間を記載し、指定医療機関名と医療費総額の間  
に「(入院)」と添え書きしてください。

(裏面も必ずご覧ください。)

## <注意事項>

この自己負担申告書は、特定医療（指定難病）療養費を請求する際に、他の医療費助成制度（重度心身障害者・乳幼児・ひとり親等）を利用された方の、実際の自己負担額（他の医療費助成制度の助成額）を把握するために提出していただく書類です。（※）

ただし、市町村の支給決定通知書の写し等、実際の自己負担額（他の医療費助成制度の助成額）が分かる書類がある場合は、この自己負担申告書は必要ありません。

※「青森県特定医療費自己負担上限額管理票」では、実際に窓口で支払った自己負担額ではなく、指定難病医療費助成制度のみを利用した場合の自己負担額を記入するため、他の医療費助成制度を利用した場合、実際の自己負担額を把握することができず、適正な金額で特定医療費を支給することができません。

そのほか、「特定医療費自己負担上限額管理票」で医療費総額が確認できない場合等においても、「特定医療費自己負担上限額管理票」の代わりにこの自己負担申告書を作成し提出していただくことがあります。

### 【申告される方へ】

表面の太枠で囲まれた部分を記入し、医療費を支払った指定医療機関からこの自己負担申告書の実際の徴収額等を記入・押印してもらってください。

### 【指定医療機関の皆様へ】

記載時の留意事項は、以下のとおりです。

- ①「医療費総額」は、特定医療受給者証の有効期間内で、指定難病に係る分のみ記入してください。（入院時の食事療養標準負担額や生活療養標準負担額は含みません。）
- ②「医療費総額」は、「青森県特定医療費自己負担上限額管理票」の写しに記載されている「医療費総額」と同額になります。
- ③「実際の徴収額」は、特定医療受給者証の有効期間内の、指定難病に係るもののみで実際に窓口で患者が支払った額（「青森県特定医療費自己負担上限額管理票」の「自己負担額」に記載された金額から他の医療費助成制度による助成額をマイナスした金額）を記入してください。