

特定医療費（指定難病）請求書（自己負担上限額差額請求用）

栃木県知事 様

年 月 日

特定医療費（指定難病）に係る自己負担上限月額の変更に伴い、上限月額を越えて支払った自己負担額を次のとおり請求します。

○請求者情報

住所	〒							
		都道 府県						
	マンション・アパート名など							
フリガナ				受給者との関係				
氏名				電話番号				
振込先口座情報	(金融機関名)			銀行 信用金庫 労金	(店名)			支店 本店 出張所
預金種目	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

○受給者情報

受給者番号		受給者氏名	
-------	--	-------	--

○自己負担上限月額及び窓口支払額（患者自己負担額）

支払年月	変更前の受給者証の 自己負担上限月額	窓口支払額 (患者自己負担額)	現在の受給者証の 自己負担上限月額	支給決定額 (※県記入欄)
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円

※下記は受給者と請求者が異なる場合のみご記入ください。

ただし、受給者が未成年で請求者が保護者の場合には記入不要です。

委任状

私（受給者）は、上記請求者に対し、特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。

年 月 日

受給者 住所 〒

氏名

《注意事項》

※請求時には、受給者証、自己負担上限額管理票、保険情報の確認書類（資格情報のお知らせ等）、振込先口座の通帳等の必要書類を揃えてご提出ください。

支給決定額（合計）

(※県記入欄)

円

特定医療費（指定難病）請求書（自己負担上限額差額請求用）

栃木県知事 様

令和 8 年 3 月 1 日

特定医療費（指定難病）に係る自己負担上限月額の変更に伴い、上限月額を越えて支払った自己負担額を次のとおり請求します。

○請求者情報

住所	〒	1 2 3 - 4 5 6 7							
	栃木	都道 府県	宇都宮市塙田○-△-□						
	マンション・アパート名など とちまるタワー○○号室								
フリガナ	トチギ タロウ		受給者との関係			父			
氏名	栃木 太郎		電話番号		090-1234-5678				
振込先口座情報	(金融機関名) ○○		銀行 信用金庫 労金		(店名) △△			支店 本店 出張所	
	預金種目	普通・当座	口座番号	0	1	2	3	4	5
フリガナ	トチギ タロウ								
口座名義人	栃木 太郎								

○受給者情報

受給者番号	0123456	受給者氏名	栃木 次郎
-------	---------	-------	-------

○自己負担上限月額及び窓口支払額（患者自己負担額）

支払年月	変更前の受給者証の 自己負担上限月額	窓口支払額 (患者自己負担額)	現在の受給者証の 自己負担上限月額	支給決定額 (※県記入欄)
令和7年4月	10,000 円	10,000 円	5,000 円	5,000 円
令和7年5月	10,000 円	8,340 円	5,000 円	3,340 円

《記入上の注意事項》

- 該当月の窓口支払額（患者自己負担額）が確認できる自己負担上限額管理票を必ず提出してください。
- 窓口支払額（患者自己負担額）が変更後の自己負担上限月額に満たない場合、差額を請求することはできません。

委任状

私（受給者）は、上記請求者に対し、特定医療費（指定難病）の請求及び受領を委任します。

令和 8 年 3 月 1 日

受給者 住所 〒 1 2 3 - 4 5 6 7
栃木県宇都宮市塙田●-▲-■
氏名 栃木 次郎

《注意事項》

※請求時には、受給者証、自己負担上限額管理票、保険情報の確認書類（資格情報のお知らせ等）、振込先口座の通帳等の必要書類を揃えてご提出ください。

支給決定額（合計）

（※県記入欄）

8,340 円