

様式第2号

特 定 医 療 費（指 定 難 病 ） 受 給 者 証									
公費負担番号		5 4 4 0 …							
特定医療費受給者番号		○ ○ ○ …							
受 診 者	住 所								
	氏 名								
	生 年 月 日								
	性 別								
保 険 者	保 険 者								
	被保険者症の 記号及び番号								
病 名									
保 護 者		住所							
		氏名						続柄	
負 担	自己負担上限額						階 層 区 分		
	人工呼吸器等装着								
	高額かつ長期								
	軽症者特例								
	重症患者認定								
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者								
有 効 期 間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで							
発 行 機 関 名 及 び 印		福 岡 県 知 事							
交 付 年 月 日		平成 27 年 月 日							

指 定 医 療 機 関 名	診 療 所		所在地	見本
	薬 局		所在地	
	事 訪 業 問 者 看 等 護		所在地	

* 緊急その他やむを得ない場合については、上記以外の指定医療機関でも受診することができます。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能になります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、住所、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、速やかに福岡県知事(保健所: 北九州市の方は北九州市各区保健福祉課、福岡市の方は福岡市各区保健福祉センター、大牟田市の方は大牟田市保健所、久留米市の方は久留米市保健所、その他の地域の方は県の各保健福祉(環境)事務所)にその旨を届け出て下さい。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は県外に転出したときは、この証を速やかに福岡県知事(保健所)に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、福岡県知事(保健所)にその旨を届け出て下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に最寄りの保健所で所定手続きを行って下さい。
- 8 その他指定難病の医療の受給に関しての問い合わせは、福岡県保健医療介護部保健増進課疾病対策係 (TEL 092-643-3267)又は最寄りの保健所に連絡して下さい。

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対策療養に係る高額医療費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適なる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療期間単位で多数回該当に適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

下 記 の 通 り 月 額 自 己 負 担 限 度 額 に 達 し ま し た。

[illegible]

下記の通り月額自己負担限度額に達しました。

[illegible]