

福祉医療費助成制度（重度障がい者医療費・ひとり親家庭医療費・こども医療費）の医療費の払い戻しについて

おおさかしじゅうどしょうしゃいりょうひじょせいせいどおやかていりりょうひじょせいせいどいりょうひじょせいせいどろうじんいりょうひじょせい
大阪市では、重 度 障 が い 者 医 療 費 助 成 制 度 ・ ひ と り 親 家 庭 医 療 費 助 成 制 度 ・ こ ど も 医 療 費 助 成 制 度 ・ 老 人 医 療 費 助 成
制 度 （ 制 度 終 了 ） の 医 療 証 を お 持 ち の 方 が 大 阪 府 内 の 医 療 機 関 な ど で 保 険 診 療 を 受 け ら れ る 際 に 、 健 康 保 険 の 資 格
か く に ん い り ょ う し ょ う て い じ
確 認 が で き る も の と と も に 医 療 証 を 提 示 し て い た だ く こ と に よ り 、 医 療 費 負 担 額 の 一 部 を 助 成 し て い ま す 。

◆払い戻しの対象

じょせいだいしやうほけんしんりようてきやういりょうひなどじこふたんにゅういんじしよくじりょうやうひじょせいしかく
助 成 の 対 象 と な る の は 、 保 険 診 療 が 適 用 さ れ た 医 療 費 等 の 自 己 負 担 で す 。 入 院 時 の 食 事 療 養 費 の 助 成 資 格 が あ る
かたしよくじりょうやうひじょせいたいしやうほけんしんりようてきやうひやうけんこうしんだんりようよほうせつしゅようきだいぶんしりりよう
方 は 、 食 事 療 養 費 も 助 成 の 対 象 で す 。 保 険 診 療 が 適 用 さ れ な い 費 用 ・ 健 康 診 断 料 ・ 予 防 接 種 ・ 容 器 代 ・ 文 書 料 ・
にゅういんしつりょうさがくなどじょせいたいしやう
入 院 室 料 差 額 等 は 助 成 の 対 象 と な り ま せ ん 。

ほけんしんりようえじじょうたんていじわすだいしやうがいいりょうひじょせいせいどてきやう
①保 険 診 療 で あ る に も か か わ ら ず 、 や む を 得 な い 事 情 に よ り （ 単 な る 提 示 忘 れ は 対 象 外 ） 医 療 費 助 成 制 度 が 適 用 さ れ
な っ た 場 合 は 、 申 請 い た だ く こ と で 一 部 自 己 負 担 額 を 差 し 引 い て 払 い 戻 し ま す 。

かにゅうけんこうほけんこうがくりやうやうひりょうやうひしきゅううばあいさきりょうやうひしんせいおこなりょうやうひ
加 入 し て い る 健 康 保 険 で 高 額 療 養 費 な ど 療 養 費 の 支 給 が 受 け ら れ る 場 合 は 、 先 に 療 養 費 の 申 請 を 行 い 、 療 養 費 の
しきゅううりょうやうひしきゅうごしきゅうがくさひがくだいいちぶはらもど
支 給 を 受 け て く だ さ い 。 療 養 費 の 支 給 後 、 支 給 額 を 差 し 引 い た 額 に 対 し て 一 部 を 払 い 戻 し ま す 。

- ア 大阪府外の医療機関などを受診したとき
- イ 医療証の申請をしてから交付までの間に、医療証を提示できずに自己負担を支払ったとき
- ウ 急病のときや旅行先（海外を含む）などで、医療証を提示できずに受診したとき
- エ 医療費の全額（10割：治療上必要と認められた補装具、小児弱視の治療用眼鏡等の費用を含む）を支払ったとき

※ア～エには入院時の食事療養費（食事療養費の助成資格をお持ちの方に限る）を含む

いりょうしやうていじいちぶじこふたんがくさひいちぶじこふたんがくごうけいかくせいどさだつきふたん
②医 療 証 を 提 示 し た う え で 支 払 っ た 一 部 自 己 負 担 額 、 ① で 差 し 引 い た 一 部 自 己 負 担 額 の 合 計 が 、 各 制 度 で 定 め る 月 の 負 担
上 限 額 を 超 え た 額 に つ い て も 、 申 請 い た だ く こ と で 払 い 戻 し ま す 。

いりょうじょせいひしきゅうしんさじょうきだんかいおこな
医 療 助 成 費 支 給 に あ た っ て の 審 査 は 上 記 ① 、 ② を 2 段 階 で 行 っ て い ま す 。 な お 、 医 療 助 成 費 は 医 療 費 の 世 帯 合 算 は あ
り ま せ ん 。

◆払い戻しの申請方法

うらめんきさいしんせいひつやうおおさかしりりょうじょせいひとうしやうかんじむいカしょうかんじむ
裏 面 に 記 載 し て い る 【 申 請 に 必 要 な も の 】 を 、 大 阪 市 医 療 助 成 費 等 償 還 事 務 セ ン タ ー （ 以 下 「 償 還 事 務 セ ン タ ー 」 ）
ちやくせつゆうそう
へ 直 接 郵 送 し て く だ さ い 。

しょうかんじむおやかかくやくしよほけんふくしまだぐちうけつけ
※償 還 事 務 セ ン タ ー 及 び 各 区 役 所 の 保 健 福 祉 セ ン タ ー で の 窓 口 受 付 は ご ざ い ま せ ん 。

ふちやくゆうそうじこせきにんお
※不着など、郵送による事故は責任を負えません。あらかじめご了承ください。

◆申請期限

はらもどしんせいきげんだいきんしはらひよくじつねん
払い戻しの申請期限は、代金を支払った日の翌日から5年です。

はらもだたいしやうほけんしんりようてきやういりょうひぜんがくわりしはらけんこうほけんりょうやうひ
払い戻しの対 象 と な る の は 、 保 険 診 療 が 適 用 さ れ た 医 療 費 で す 。 全 額 （ １ ０ 割 ） の 支 払 い で 、 健 康 保 険 か ら 療 養 費 の
しきゅうういりょうひはらもどかにゅうけんこうほけんこうがくりやうやうひりょうやうひしきゅうう
支 給 を 受 け て い な い 医 療 費 は 払 い 戻 し で き ま せ ん 。 加 入 し て い る 健 康 保 険 で 高 額 療 養 費 な ど 療 養 費 の 支 給 が 受 け ら れ る
ばあいさきりょうやうひしんせいおこなひつやうけんこうほけんりょうやうひしんせいきげんねんちゅうい
場 合 は 、 先 に 療 養 費 の 申 請 を 行 っ て い た だ く 必 要 が あ り ま す が 、 健 康 保 険 へ の 療 養 費 の 申 請 期 限 は 2 年 で す の で 、 ご 注 意
く だ さ い 。

◆申請に必要なもの（提出いただいた申請書及び添付書類は原則お返しできません。）

令和5年2月

※相続人の方からの申請の場合は誓約書及び戸籍抄本など受診者との続柄がわかる証明書類、成年後見人の方からの
申請の場合は登記事項証明書を下記に加えて申請してください。

みぎきさいりゆう 右に記載の理由ごとに	ふがいじゆしふ ・ 府外受診		
かきしるい 下記の書類を「大阪市医療助成費等償還事務センター」へ郵送し	しょうしんせいちゅう ・ 証申請中	いりょうひぜんがく ・ 医療費の全額	つきふたんじょうげんがく ・ 月の負担上限額
てく だ さ い 。	きゅうびょうとう ・ 急病等	わり (1 0 割) の 場 合	ふあひ を 超 え た 場 合
おおさかしりりょうじょせいひしきゅうしんせいしよ 大 阪 市 医 療 助 成 費 支 給 申 請 書			
①こじんしんりょうつきべつおおさかしりりょうじょせいひしきゅうしんせいしよ 個人ごとの診療月別に『大阪市医療助成費支給申請書』を わきさいしんせい 分けて記載し申請してください。	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ひつやう 必要
びょういん やっきよく 病 院 ・ 薬 局 な ど の 領 収 書 原 本			
りょうやうひしきゅうけんこうほけんとうげんほんていしゅつばあい 療 養 費 の 支 給 の た め 健 康 保 険 等 に 原 本 を 提 出 す る 場 合 は うつかふめいてん 写 し 可 （ こ 不 明 な 点 は 償 還 事 務 セ ン タ ー へ ご 確 認 く だ さ い 。 ）	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ひつやう 必要
②じゅしんしゃしめいりょうしゅうぎんがくしんりょうねんがっぴはっこうびほけん 受 診 者 氏 名 、 領 収 金 額 、 診 療 年 月 日 、 発 行 日 、 保 険 だいしやうてんすういりょうきかんとうめいしやうきさいひつやう 対 象 点 数 、 医 療 機 関 等 の 名 称 の 記 載 が 必 要 で す 。	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ひつやう 必要
けいしきとうじょうききさいりょうしゅうしよばあいはっこう レシート形式等、上記の記載がない領収書の場合には、発行 した医療機関窓口で記載してもらってください。			
ふりこみさき 振 込 先 が 確 認 で き る も の			
③こうざめいぎにんきんゆうきかぬめいしてんめいよきんしゅべつこうざ 口座名義人のフリガナ、金融機関名、支店名、預金種別、口座 ばんごうかくにんうつ 番 号 が 確 認 で き る も の の 写 し	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ひつやう 必要
けんこうほけんとうはっこうしきゅうけつていつうちしとう 健 康 保 険 等 か ら 発 行 さ れ た 支 給 （ 決 定 ） 通 知 書 等	ばあひ 場 合 に よ っ て	ひつやう 必要	ばあひ 場 合 に よ っ て
④けんこうほけんとうりょうやうひしきゅう 健 康 保 険 等 か ら 療 養 費 の 支 給 を 受 け た 医 療 費 ま た は 入 院 時 の しょくじだいしきゅううばあひひつやう 食 事 代 の 支 給 を 受 け た 場 合 は 必 要	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ひつやう 必要
⑤いしいけんしよそうちやくしやうめいしよほそくさくせいしじしよしょうに 医師の意見書、装 着 証 明 書 （ 補 装 具 ） も し く は 作 成 指 示 書 （ 小 児 じやくしやうめがね 弱 視 用 眼 鏡 ） の 写 し	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ひつやう 必要
ちりょうやうほそくしょうにじやくしちりょうやうめがねこうにゅうひやうばあい 治 療 用 補 装 具 ・ 小 児 弱 視 治 療 用 眼 鏡 の 購 入 費 用 の 場 合			
⑥いりょうきかんはっこうめいさいしよ 医 療 機 関 か ら 発 行 さ れ た 明 細 書	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ひつやう 必要
けんこうほけんとうはっこうげんどがくてきやうひょうじゅんふたんがくげんがく 健 康 保 険 等 か ら 発 行 さ れ た 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 にんていしやううつしょうこうふばあいしょうとくふんかいとうしゅ 認 定 証 の 写 し （ 証 交 付 が な い 場 合 は 所 得 区 分 に つ い て の 回 答 書 ）	ひつやう 必要	ひつやう 必要	ばあひ 場 合 に よ っ て
にゅういんしょくじだいじょせいしかくかたしよくじだいしんせいばあい 入 院 の 食 事 代 の 助 成 資 格 が あ る 方 で 、 食 事 代 を 申 請 す る 場 合			ひつやう 必要

◆支給時期

しきゅうじき
申請内容を確認後、ご指定の口座にお振り込みします。なお、振り込み前には、申請者の方あて『医療費助成金振込
申請内容を確認後、ご指定の口座にお振り込みします。なお、振り込み前には、申請者の方あて『医療費助成金振込
のお知らせ』をお送りし、支給決定額と振込日をお知らせします。

いりょうじょせいひしきゅうさきはらちどだいしやうしんさけつカ
医 療 助 成 費 支 給 に あ た っ て 、 左 記 ◆ 払 い 戻 し の 対 象 に あ る ① 、 ② の 審 査 そ れ ぞ れ の 結 果 を お 知 ら せ し ま す 。 お 支 払 い
きんがくばあいふしきゅうしそうふ
する金額がない場合は、不支給のお知らせもあわせて送付しますが、合計支給額決定額に記載がある額を振り込みます。
きにゅうもふびこうがくりやうやうひかにゅうけんこうほけんりょうやうひしきゅうかくにんばあいしんさじかん
※記入漏れなどの不備、高額療養費など加入されている健康保険からの療養費の支給確認がある場合は、審査に時間がかかり、お振り込みまでにお時間をいただくことがございますのであらかじめご了承ください。

◇自動償還について

医療証を使って支払った医療費の額が月の上限額を超えた場合、一度手続きすればその後は手続きなしに自動で払い戻しを行う、自動償還を行っています。（受給者番号が変更になる場合は、再度お手続きが必要となります。）

自動償還は、医療機関からのレセプト（診療報酬）の電子情報を利用していますが、念のため、振り込みが確認できるまで領収書を保管いただきますようお願いいたします。

◇自動償還の対象

自動償還の対象は、医療証を提示したうえで支払った一部自己負担額が月の負担上限額を超えたときのみです。

（受給者番号が変更になる場合は、自動償還による計算ができません。）

次の場合は自動償還の対象になりません。裏面に記載のとおり払い戻し申請を行ってください。

- ※その診療月全ての領収書を添付して申請してください。
- ア 大阪府外の医療機関などを受診したとき
- イ 医療証の申請をしてから交付までの間に、医療証を提示できずに自己負担を支払ったとき
- ウ 急病のときや旅行先（海外を含む）などで、医療証を提示できずに受診したとき
- エ 医療費の全額（10割：治療上必要と認められた補装具、小児弱視の治療用眼鏡の費用を含む）を支払ったとき
- ※ア～エには入院時の食事療養費（食事療養費の助成資格をお持ちの方に限る）を含む
- オ 医療機関からのレセプト（診療報酬）請求の遅れや請求額の誤りがあったとき

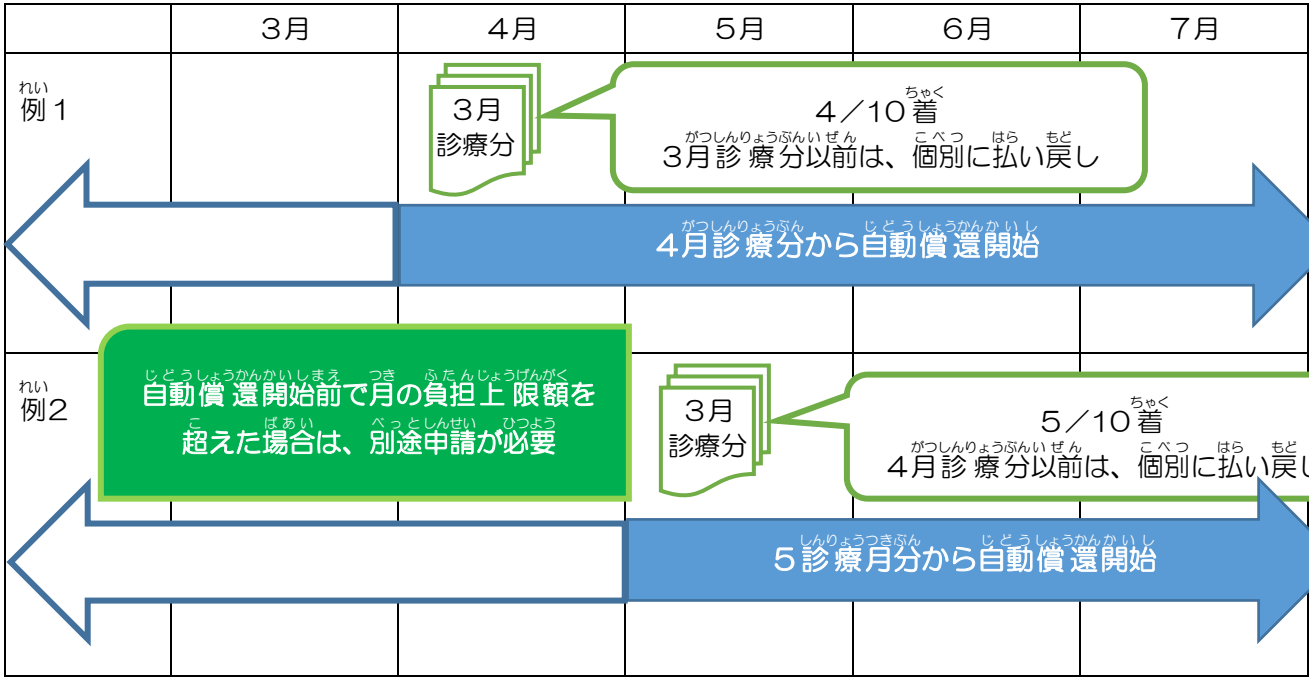
◇自動償還の申請方法

医療費の払い戻し申請があるときに使用する『大阪市医療助成費支給申請書』に必要事項を記入し提出することで、

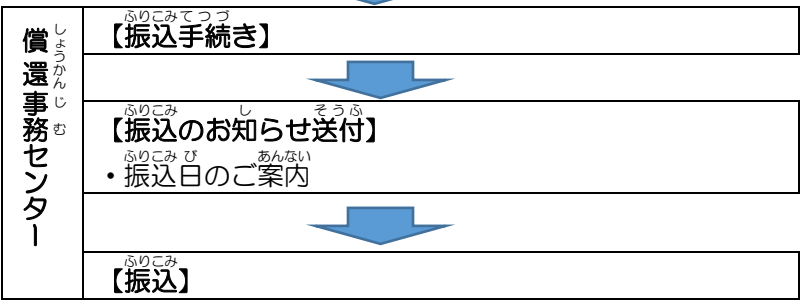
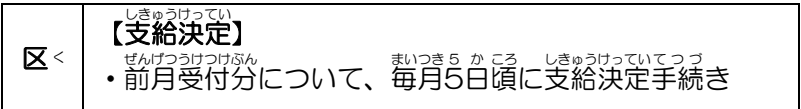
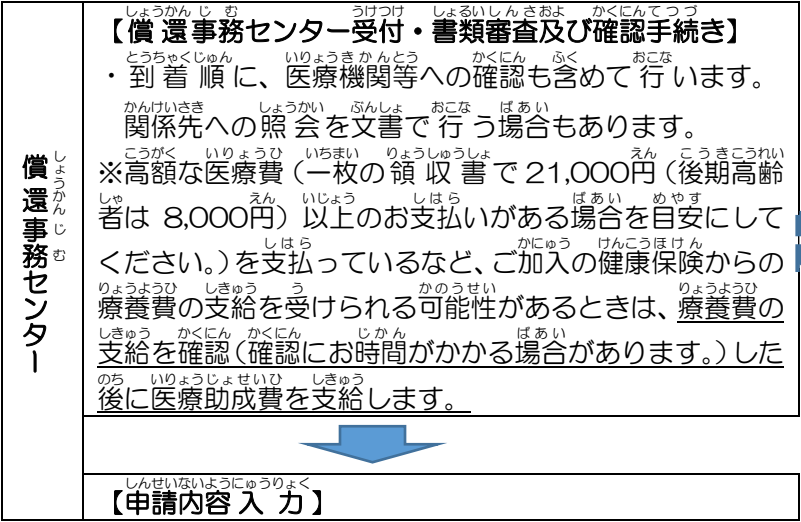
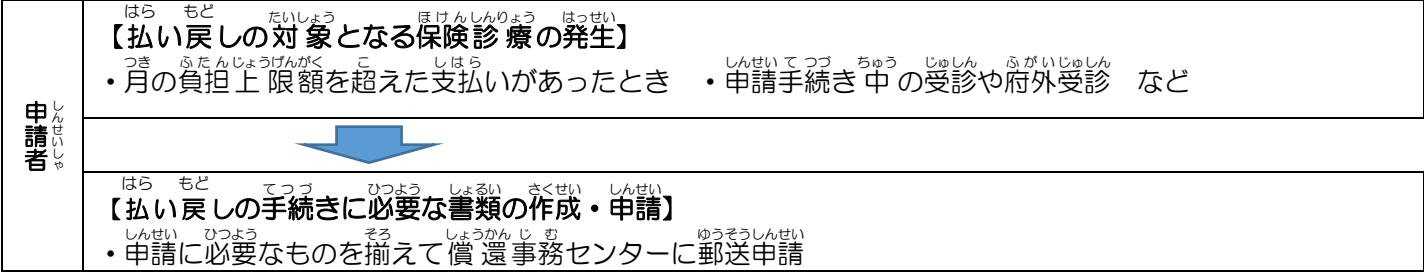
自動償還の対象となります。自動償還のみの申請はできません。

◇自動償還の開始時期

償還事務センターが申請を受け付けた月の属する診療月分から開始します。
自動償還開始前の診療月分は、別途償還払いの申請が必要です。



★払い戻しの流れ



審査にかかる必要事項が確認できない場合もしくは書類が足りない場合は、一度書類をご返送することがあります。

不備等

申請から振込みまでの期間の目安

2か月から3か月程度

自動償還については5か月程度

※自動償還はシステムでの支給額の計算処理があります。

★制度ごとの月の負担上限額

制度	月の負担上限額
ひとり親家庭医療助成制度	2,500 円
こども医療費助成制度	
重度障がい者医療助成制度	3,000 円

★申請書類の送付・お問い合わせ先（平日9：00～17：30）

〒530-0035
大阪市北区同心1-5-27
北区北総合福祉センター3階
大阪市医療助成費等償還事務センター
TEL：06-6351-8200
FAX：06-6351-8220

※左部分を切り取り、申請時のあて先としてご利用いただけます。