

大阪市小児慢性特定疾病医療費償還払い申請書

大阪市長様

次のとおり小児慢性特定疾病医療費を申請します。また、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

以下、太枠内を記入してください。 年 月 日

Form with fields for '受診者(患者)' and '申請者' including name, address, hospital info, and bank account details.

※記入上の注意

- 1. この申請書は小児慢性特定疾病医療受給者証により医療機関に受診された方で、その月に支払った一部負担額の合計が月額自己負担上限額を超えて支払った方のみ提出してください。
2. 保険点数の記載がある領収書の原本を、すべての医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）について添付してください。領収書の返却を希望される方は、その旨を明記してください。
3. 領収書がない場合は、医療機関において小児慢性特定疾病医療費証明書を作成してもらってください。（証明書の文書料・手数料については請求者の負担になりますのでご了承ください。）
4. 該当月の上限額管理票の写しを添付してください。
5. 太枠内のみ記入してください。

◆償還払い申請書類の送付先◆

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
大阪市保健所管理課保健事業グループあて 電話 (06)6647-0654

受付印 stamp box

《大阪市処理額》

Table for medical fee determination amount with columns for 百万, 十万, 万, 千, 百, 十, 円.