

1枚目(2枚目があります)

受給者番号
(本市記載欄)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

大阪市長様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。また、本申請の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。

※ 太枠内に記入してください(2枚目も同じ)

年 月 日

1 受診者	フリガナ	姓	名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日(歳)
	氏名			電話番号	(自宅)			
	住所	〒 -		電話番号	(携帯)			
	加入医療保険等	フリガナ		個人番号				
	被保険者氏名			受診者との続柄	本人・父・母・夫・妻・子・その他()			
<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <<市町村国保>> <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <<業種別国保>> <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援受給世帯	次の書類を添付した場合は○を付してください。 ・限度額認定証	被保険者証	記号					
			番号					
			保険者番号					
			保険者名称					
適用区分(本市記載欄)	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ			資格取得年月日	年 月 日			
2 申請者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件を申請します。(申請者欄の以下の項目への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。(申請者欄の以下の項目への記入が必要です。) ※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。						
	フリガナ	姓	名	電話番号	(自宅)			
	氏名			電話番号	(携帯)			
住所	〒 -		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	受診者との続柄				
3 送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり (送付先設定がない場合は、受診者あて送付します)						
	フリガナ	姓	名	電話番号	(自宅)			
	氏名			電話番号	(携帯)			
住所	〒 -			受診者との続柄				
4 病名	①		②					
<input checked="" type="checkbox"/> 該当する場合はつけください。	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 上記の難病に関して、「人工呼吸器」又は「体外式補助人工心臓」を使用している。						
	軽症高額	<input type="checkbox"/> 申請月を含めた過去12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上あった。[軽症高額該当] ※別に定める、「指定難病に係る医療費総額証明書」の添付が必要。						
	高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 申請月を含めた過去12か月の間(支給認定を受けている、又は受けていた期間に限る。)に、特定医療費の月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上あった。[高額かつ長期該当] ※転入時、新たに該当する場合、更新切れ新規申請、小児慢性特定疾病受給歴あり新規申請で該当する場合は、自己負担上限額管理票(写し)等の添付が必要。						
	按分対象者	<input type="checkbox"/> 同じ医療保険に加入し、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている世帯員がいる。氏名() 受給者番号() <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ※按分対象者の自己負担額を変更する場合は、別途、按分対象者の変更申請書の提出が必要。						

<< 事務処理記載欄 >>

	有効期間	階層区分	適用区分	負担
1	年 月 日 ~ 年 月 日	A・B1・B2・C1・C2・D		人・軽・高・按
2	年 月 日 ~ 年 月 日	A・B1・B2・C1・C2・D		人・軽・高・按

受付所属	区保健福祉センター	保健所受付印	保健福祉センター受付印
確認者			
受付日			