様式第９号

特定医療費（指定難病）償還払い申請書

（提出先）大阪市長

年　　月分から　　年　　月分（　　か月分）の特定医療費（指定難病）を下記のとおり申請します。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募を照会・閲覧されることに同意します。

年　　月　　日

※以下、太枠内のみ記入してください。

申請者（18歳未満の場合は、保護者が申請者になります。）

申請者	フリガナ		受診者（患者）との続柄
	氏　名		
	住　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－	

受診者（患者）

受診者（患者）	フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年　月　日
	氏名		受給者番号		
	住　所	〒　　－ □申請者と同じ			

本申請にかかる医療費の支給決定額を、下記の口座に口座振替されるよう依頼します。

口座振替依頼欄	銀行名	銀行・農協 信金・信組	口座名義人 （カナ）	※カタカナで記入してください
	支店名	支店	口座番号	
	種目（該当するものを選択☑してください） □ 普通・総合　　□ 当座		ゆうちょ銀行の場合	記号・番号を記入してください

委任欄

私（受診者）は、上記申請者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の申請及び受領に関する権限を委任します。

年　　月　　日

委任者（受診者）住所

委任者（受診者）氏名

※委任欄は、受診者（患者）と請求者が異なる場合のみ記入が必要です。
ただし、受診者が18歳未満で、その保護者が請求者の場合は記入不要です。

●償還払い申請書類の送付先は下記のとおりです。

〒541－0052　大阪市中央区安土町３－１－３
大阪市保健所管理課保健事業グループ（償還払い担当）あて
電話　（06）6647－0923

≪大阪市処理欄≫

	百万	十万	万	千	百	十	円
医療費決定額 （記入不要です）							

大阪市保健所受付印

記入例

様式第９号

特定医療費（指定難病）償還払い申請書

（提出先）大阪市長

　　年　　月分から　　年　　月分（　　か月分）の特定医療費（指定難病）を
下記のとおり申請します。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募を照会・閲覧されることに同意します。

令和××年　××月　××日

※以下、太枠内のみ記入してください。

申請者（18歳未満の場合は、保護者が申請者になります。）

申請者	フリガナ	オオサカ　ハナコ	受診者（患者）との続柄
	氏　名	大阪　花子	妻
	住　所	〒　123　－　4567 大阪市阿倍野区門白町1－2 電話番号（　06　）　1234　－　5678	

受診者（患者）

受診者（患者）	フリガナ	オオサカ　タロウ	生年月日	大・平・昭・令　45　年　1　月　1　日
	氏名	大阪　太郎	受給者番号	1　2　3　4　5　6　7
	住　所	〒　123　－　4567 大阪市阿倍野区揚羽町1－2 □申請者と同じ		

本申請にかかる医療費の支給決定額を、下記の口座に口座振替されるよう依頼します。

口座振替依頼欄	銀行名	●●　（銀行）・農協・信金・信組	口座名義人（カナ）	※カタカナで記入してください オオサカ　ハナコ
	支店名	▲▲　支店	口座番号	7　6　5　4　3　2　1
	種目（該当するものを選択☑してください）		ゆうちょ銀行の場合	記号・番号を記入してください
	☑ 普通・総合　　□ 当座			

委任欄

　私（受診者）は、上記申請者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の申請及び受領に関する
権限を委任します。

令和××年　××月　××日

委任者（受診者）住所　大阪市阿倍野区揚羽町１－２

委任者（受診者）氏名　大阪　太郎

※委任欄は、受診者（患者）と請求者が異なる場合のみ記入が必要です。
　ただし、受診者が18歳未満で、その保護者が請求者の場合は記入不要です。

●償還払い申請書類の送付先は下記のとおりです。

〒541－0052　大阪市中央区安土町３－１－３
大阪市保健所管理課保健事業グループ（償還払い担当）あて
電話　（06）6647－0923

≪大阪市処理欄≫

医療費決定額（記入不要です）	百万	十万	万	千	百	十	円

大阪市保健所受付印

太枠内への記入をお願いします。
訂正が生じた場合は、修正テープ等を使用せず、訂正部分に、二重線（＝）を引いてください。

申請者欄と受診者欄を記入してください。

振替口座の記載内容に誤りがあった場合、支払い予定日に入金できなくなりますので、ご注意ください。

申請者と口座名義人欄の氏名は、原則一致している必要がありますので、ご注意ください。

ゆうちょ銀行の場合は、「ゆうちょ銀行の場合」欄に、記号・番号を記入してください。

申請者と受診者が異なる場合、委任欄の記入が必要です。

請求書類に関するチェックリスト

□特定医療費（指定難病）請求書
- 申請者と口座名義人欄の氏名は一致していますか？
- 振込口座（金融機関名、金融機関コード、支店名、店舗コード、口座番号等に誤りはありませんか？
  →口座が確認できる書類（通帳の写し等）を添付いただくと、誤りがあった場合でも口座不能を防ぐことができます。
- 受診者（患者）と請求者が異なる場合、委任欄への記入はできていますか？

□特定医療費（指定難病）証明書
- 領収書の場合、有効期間外の医療費や、指定難病以外の医療費が混ざっていませんか？
  →上記に当てはまる場合は、指定医療機関にて証明書の提出が必要です。

□特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票のコピー（記載のある場合のみ）
- 上限額管理票に記載のある医療費についても、証明書又は領収書の原本は必要です。

★請求書類に不備があったり、医療費助成の対象とならない領収書がある場合は、請求者に返送する場合があります
★請求内容に応じて、追加書類の提出をお願いする場合があります。