

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	〒 ー 電話番号() ー		

受診者(患者)

(受診者)	フリガナ		生年月日	明昭	・	大平	年	月	日
	氏名		受給者番号						
	住所	〒 ー □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)		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。

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。

〒545-0001 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(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

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費を照会・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

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。

受診者（患者）

（患者） 受診者	フリガナ	オオサカ タロウ	生年月日	明 昭	大 平	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									

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。

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										

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。

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。	
委任者（受診者）住所	令和××年 ××月 ××日 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。

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。

●償還払い申請書類の送付先は下記のとおりです。

〒545-0001 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（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）

大阪市保健所受付印

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。