

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簿を照会・閲覧されることに同意します。

年 月 日

※以下、太枠内を記入してください。

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			受給者番号										
	氏 名													
	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	口座番号											
	支店名	支店	ゆうちょ銀行 の場合	記号・番号を記入してください										
	種目（該当するものを選択☑してください）		口座名義人 （カナ）	※カタカナで記入してください										
	□ 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）と申請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、その保護者が申請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。

〒545-0051 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（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

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（ 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簿を照会・閲覧されることに同意します。

令和××年 ××月 ××日

※以下、太枠内を記入してください。

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	妻
	氏 名	大阪 花子		
	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）	フリガナ	オオサカ タロウ	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
	氏 名	大阪 太郎								
	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	口座番号	7	6	5	4	3	2	1
	支店名	▲▲ 支店	ゆうちょ銀行 の場合	記号・番号を記入してください						
	種目（該当するものを選択してください）	☒ 普通・総合 ☐ 当座	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						

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）と申請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、その保護者が申請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。

〒545-0051 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（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

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。

申請者と受診者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、支払予定日に入金できませんので、ご注意ください。

ゆうちょ銀行の場合は、「ゆうちょ銀行」欄に、記号・番号を記入してください。

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。

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）償還払い申請書

- 申請者と口座名義人欄の氏名は一致していますか？
- 振替口座（金融機関名、支店名、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、記入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）と申請者が異なる場合、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、指定医療機関が記載した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。