

【54・生活保護受給者用】

○この用紙は請求者が記入してください。

特定医療費（指定難病）請求書

○記入上の注意

- 1. この請求書は、生活保護受給者の方で有効期間の初日から受給者証が届くまでの間に、指定医療機関において指定難病に関する医療を受け、医療券等で精算を行った方のみ下記住所へ郵送してください。（ただし、保険適用外の費用は返金対象外となります。）
- 2. 太枠内のみ記入してください。
- 3. ※印の欄は記入しないでください。
- 4. 特定医療費（指定難病）証明書に福祉事務所の証明のない場合は特定医療費の支払いをいたしません。
- 5. 特定医療費（指定難病）の請求及び受領の権限を福祉事務所に委任する場合は、委任状を添えて提出してください。この場合、本請求書は受任者となる福祉事務所長が記入してください。

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000      電話 06-6647-0923  
大阪市保健所管理課 保健事業グループ「償還払い担当」

年      月分      から      年      月分（      カ月）の  
特定医療費（指定難病）を下記のとおり請求します。  

年      月      日

  
大阪市長      様

※

医療費決定額 (大阪市記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
--------------------	----	----	---	---	---	---	---

受診者(患者)	氏      名			受給者番号													
	住      所																
請求者	フリガナ					患者との続柄											
	氏      名																
	フリガナ																
	住      所					〒      ー											
		TEL（      ）（      ー      ）															
	送金用 振替口座	銀行名	銀行・農協 信金・信組	※	※	※	※	1.普通・総合	口座 番号								
			支店	※	※	※	2.当座										
		ゆうちょ銀行	記号・番号														
	口座名義人 (カナ)																

○この用紙は請求者が記入してください。

特定医療費（指定難病）請求書

○記入上の注意

- 1. この請求書は、生活保護受給者の方で有効期間の初日から受給者証が届くまでの間に、指定医療機関において指定難病に関する医療を受け、医療券等で精算を行った方のみ下記住所へ郵送してください。（ただし、保険適用外の費用は返金対象外となります。）
- 2. 太枠内のみ記入してください。
- 3. ※印の欄は記入しないでください。
- 4. 特定医療費（指定難病）証明書に福祉事務所の証明のない場合は特定医療費の支払いをいたしません。
- 5. 特定医療費（指定難病）の請求及び受領の権限を福祉事務所に委任する場合は、委任状を添えて提出してください。この場合、本請求書は受任者となる福祉事務所に記入してください。

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 電話 06-6647-0923  
大阪市保健所管理課 保健事業グループ「償還払い担当」

記載不要

年 月 分 から 年 月 分 ( カ月) の  
特定医療費（指定難病）を下記のとおり請求します。  
年 月 日  
大阪市長 様

※

医療費決定額 (大阪市記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
--------------------	----	----	---	---	---	---	---

受診者(患者)	氏 名	大阪 太郎		受給者番号	1 2 3 4 5 6 7										
	住 所	大阪市阿倍野区旭町〇丁目××													
請求者	フリガナ	オサカン〇〇クケンフクシセンターチョウ							患者との続柄						
	氏 名	大阪市〇〇区保健福祉センター長							受任者						
	フリガナ														
	住 所	大阪市〇〇区××町△△-■							〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇						
	送 金 用 振替口座	銀行名	〇〇 銀行 農協 信金・信組	※	※	※	※	1.普通・総合	口座番号	7	6	5	4	3	2
		〇〇 支店	※	※	※		2.当座								
	ゆうちょ銀行	記号・番号													
	口座名義人 (カナ)	大阪市〇〇区保健福祉センター×× (オサカン〇〇クケンフクシセンター××)													