

|                  |      |                                                |          |
|------------------|------|------------------------------------------------|----------|
| 特定医療費（指定難病）受給者証  |      |                                                |          |
| 公費負担者<br>番 号     |      |                                                |          |
| 受給者番号            |      |                                                |          |
| 受<br>診<br>者      | 住 所  |                                                |          |
|                  | 氏 名  |                                                |          |
|                  | 生年月日 |                                                |          |
| 保 険 者            |      |                                                |          |
| 被保険者証の<br>記号及び番号 |      |                                                | 適用<br>区分 |
| 病 名              |      |                                                |          |
| 有効期間             |      | ※有効期間内に更新申請を行わない場合、受給資格が失効し、医療費助成を受けることができません。 |          |
| 月額自己負担<br>上 限 額  |      |                                                | 階層<br>区分 |

|                             |                                                                                                                                                                  |  |                |  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|
| 医<br>療<br>機<br>関            |                                                                                                                                                                  |  |                |  |
|                             | 「難病法」に基づく指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）で使用できます。<br>※指定医療機関については、各都道府県（指定都市）のホームページ等にてご確認ください。<br>注意事項<br>助成の対象は、指定医療機関で行われる左記病名欄の疾病、及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られます。 |  |                |  |
|                             | 人工呼吸器等<br>装着                                                                                                                                                     |  | 高 額 か つ<br>長 期 |  |
|                             | 軽症者特例                                                                                                                                                            |  | 同一世帯内<br>按 分   |  |
| 保護者（受診者<br>が18歳未満の場<br>合記入） | 氏 名                                                                                                                                                              |  | 続 柄            |  |
|                             | 住 所                                                                                                                                                              |  |                |  |
| 備 考                         |                                                                                                                                                                  |  |                |  |
| 上記のとおり認定します。                |                                                                                                                                                                  |  |                |  |
| 大 阪 市 長 <div>印</div>        |                                                                                                                                                                  |  |                |  |

## (ミシン線)

### (教示)

1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に大阪市長に対して審査請求をすることができます。

2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長になります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えはその審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

## (ミシン線)

### 受給者証を交付された方へ

1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度額とする自己負担上限額までを指定医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることができます。

2 本制度の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に対する医療に限られています。

3 指定医療機関において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。

4 氏名、居住地、加入している医療保険に変更があったときは、すみやかにお住まいの区の保健福祉センターにその旨を届け出てください。

5 死亡等で受給者の資格がなくなったときは、その理由及び事由発生年月日を記載のうえ、この証をすみやかに返還してください。

6 この証を破損したり、紛失した場合は、お住まいの区の保健福祉センターにその旨を届け出てください。

7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に更新の手続きを行ってください。

8 医療費助成の申請書及び関係書類は各区の保健福祉センターにご用意しています。

9 緊急その他やむを得ない場合を含め、この証に名称が記載されていない場合でも、指定医療機関での診察等であれば特定医療費の支給対象になります。

10 特定医療費（指定難病）医療費助成に関するお問い合わせ先

大阪市保健所管理課（保健事業グループ）

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1丁目2番7-1000号

あべのメディックス10階

電話 (06) 6647-0923

### 指定医療機関等の方へ

1 この証は都道府県知事及び政令市の長の指定を受けた医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）でのみ使用できます。指定を受けていない医療機関等では、この証は使用できません。

2 この証は、表面に記載された病名（指定難病）及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療の場合に使用することができます。

3 月額自己負担上限額が設定されている方がこの証を使用する際には、「特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票」を確認し、医療費の窓口負担額等を記入してください。

4 指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

5 平成30年4月1日から難病法に基づく医療費助成業務が道府県から政令指定都市に移管されています。

大阪市にお住まいの方で、有効期間の開始年月日が平成30年3月31日以前となっている場合、平成30年3月分までの診療報酬明細（レセプト）には大阪府の公費負担者番号を、平成30年4月以降の診療報酬明細（レセプト）には大阪市の公費負担者番号を記載することになりますので、受給者証の備考欄をご確認ください。