

特定医療費（指定難病）受給者証の記載内容の変更について

令和8年3月より、大阪市で交付する受給者証の「保険者」「記号及び番号」「適用区分」欄の記載が廃止となりました。

令和8年2月以前に交付した受給者証については、記載内容に変更があった場合など新たな受給者証を交付する必要がある際に、②の受給者証（令和8年3月から7月の間は、①の様式に※印のとおりの記載がされているもの）を交付します。

受診者の方がお持ちの受給者証に記載されている「保険者」「記号及び番号」「適用区分」の情報が加入されている医療保険と異なる場合も、有効期限内であれば、有効な受給者証としてお取扱ください。（ただし、生活保護受給の開始や廃止を伴う場合は除きます。）

①（変更前）受給者証見本

特定医療費（指定難病）受給者証		医療機関			
公費負担者番号	*****	※令和8年3月から7月の間は「令和8年3月より保険者・記号及び番号・適用区分の記載が廃止となりました」と記載したものを交付しています。			
受給者番号	*****				
住所	***区***町***丁目***番***号				
受診者	氏名	***	人工呼吸器等装着 軽症者特例	高額かつ期	**
	生年月日	昭和***年***月***日		同一世帯内按	*
保険者	*****	保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	氏名	続柄	
記号及び番号	*****	適用区分	*	住所	
病名	*****		備考		
有効期間	※有効期限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。 令和***年***月***日 ~ 令和***年***月***日		上記のとおり認定します。		

②（変更後）受給者証見本

特定医療費（指定難病）受給者証		医療機関			
公費負担者番号	*****	各都道府県（指定都市）内の指定医療機関 ※大阪府（指定都市）内は「大阪府指定医療機関」欄に記入してください。 ※大阪府（指定都市）外は「大阪府指定医療機関」欄に記入してください。 ※大阪府（指定都市）外は「大阪府指定医療機関」欄に記入してください。			
受給者番号	*****				
住所	***区***町***丁目***番***号				
受診者	氏名	***	人工呼吸器等装着 軽症者特例	高額かつ期	**
	生年月日	昭和***年***月***日		同一世帯内按	*
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	氏名	続柄	備考		
住所			上記のとおり認定します。		
病名	*****				
有効期間	※有効期限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。 令和***年***月***日 ~ 令和***年***月***日				

※大阪市以外で交付されている受給者証については、各都道府県または指定都市によって取扱いが異なりますので、ご注意ください

《 この内容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） 06-6647-0923