

年 月 日

## 通 知 書

大阪市長

年 月 日付けで申請のあった難病の患者に対する医療費に関する法律第6条第1項の規定による指定難病の特定医療費支給認定の申請は、下記の理由により不認定となりましたので通知します。

### 記

受診者名 :

申請された病名 :

### 【理由】

#### ( 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となります。）、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判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判）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判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合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。

#### 【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1-2-7-1000  
あべのメディックス10階  
電話：(06)6647-0820

年 月 日

## 通 知 書

大阪市長

年 月 日付けで申請のあった難病の患者に対する医療費に関する法律第6条第1項の規定による指定難病の特定医療費支給認定の申請は、下記の理由により不認定となりましたので通知します。

### 記

受診者名 :

申請された病名 :

【理由】

### ( 教 示 )

- 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。
- 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となります。）、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判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。
- 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判）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判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合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。

### ( 障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等 に つ い て )

- 本通知は、申請された病名に記載されている指定難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定した指定難病）にかかっていることを証明するものです。
- 本通知は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく障害福祉サービス等の利用申請を行う際に、記載されている指定難病にかかっていることの証明になる場合がありますので、提出先で確認の上、ご使用ください。

### 【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1-2-7-1000  
あべのメディックス10階  
電話：(06)6647-0923

## 大阪市

特定医療費(指定難病)  
自己負担上限額管理票

⑦ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		

⑧ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		

⑨ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		

⑩ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		

⑪ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		

⑫ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		



複数の医療機関（病院・診療所・薬局等）にこの証明書の作成を依頼される場合は、お手数ですが、申請者様の方で提出先の数だけこの証明書のコピーをして、使用していただきますようお願いいたします。

## 指定難病に係る医療費総額証明書

氏名		生年月日	
疾病名 (指定難病)	※疾病名は必ず記入してください。		

算定期間	年 月 日から 年 月 日までの間		
診療・ 調剤・ 介護給付	年月	診療・調剤等費の医療費総額(10割分)※ (円)	備考
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
合計			

※難病の医療費助成制度の給付対象となる医療・介護保険サービスのみ。

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 年 月 日

所在地	
施設名	
医療機関名	管理者名 _____ (印)
	担当者名(所属課)
	電話

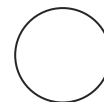
**医療機関の方へ：**この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり患している方の医療費総額が一定以上かかっていることを確認するための書類です。

※ 難病の医療費助成に係る診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が申請日以前の12か月のうちの期間に、3か月以上ある方は、申請に基づき特定医療費（指定難病）の支給認定を行うことができます。（軽症高額該当）

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスに係る費用のみ記載してください。**

○この用紙は請求者が記入してください。

捨て印



## 特定医療費（指定難病）請求書

○記入上の注意

- この請求書は、特定医療費(指定難病)医療費助成の認定を受けた方が有効期間の初日から受給者証が届くまでの間に、3割負担もしくは月額自己負担上限額を超えて、指定医療機関で医療費を支払われた場合の償還払いを行う際に記入してください。
- 太枠内のみ記入してください。(※印の欄は記入しないでください。)
- 償還払いの請求には、この請求書の他、指定難病にかかる医療費等の支払金額を証明する書類を添付してください。特定医療費(指定難病)証明書を添付する場合、指定医療機関の証明があることを確認してください。証明書の代わりに領収書を添付される場合は必ず指定難病の治療分のみであることを指定医療機関に確認してください。また、領収書は原本で領収印、診療明細書の記載があるものに限りです。
- 特定医療費(指定難病)証明書の作成にかかる手数料については請求者の負担となります。
- 振替口座欄には、請求者名義の口座を記入してください。銀行、ゆうちょ銀行、信用金庫、農協、信用組合の口座を記入してください。(ゆうちょ銀行については、支店名に店番を記入してください。)
- 償還払い請求書類の送付先は、下記のとおりです。

〒545-005 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(償還払担当)あて  
 電話 (06)6647-0923

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

大阪市長 様

年 月分 から 年 月分 ( 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

受診者 (患者)	氏名			受給者番号				
	住所							
請求者	フリガナ							受診者との続柄
	氏名							印
	フリガナ							
	住所	〒 -						
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(カタカナ)							

～請求者様へ～

○この用紙は指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

○複数の指定医療機関で証明をもらう場合は、必要枚数をコピーしてお使いください。

## 特定医療費（指定難病）証明書

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

(指定医療機関記入欄) ※太枠内のみ記入ください。

受診者氏名			受給者番号			(大阪市記入欄)
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
保険種別及び負担割合	診療年月	指定難病に係る診療実日数	保険診療点数	患者負担額		
社保 割 国保 割 後期 割 介護 割	年  月 分	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*
			日	点	円	
		(総日数 日)	(総点数 点)	(総額 円)		
		通院 (薬局)	日	点	円	
訪看	日	単位	円		*	
(地域単価 円)						
社保 割 国保 割 後期 割 介護 割	年  月 分	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*
			日	点	円	
		(総日数 日)	(総点数 点)	(総額 円)		
		通院 (薬局)	日	点	円	
訪看	日	単位	円		*	
(地域単価 円)						
社保 割 国保 割 後期 割 介護 割	年  月 分	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*
			日	点	円	
		(総日数 日)	(総点数 点)	(総額 円)		
		通院 (薬局)	日	点	円	
訪看	日	単位	円		*	
(地域単価 円)						

備考欄

上記のとおり領収したことを証明する。 年 月 日

保険医療機関 (薬局)コード									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※指定医療機関に限る

名 称					記入者（連絡先）
代表者	Ⓜ	所 属	課・係		
所在地		氏 名			
電 話		内 線			

～指定医療機関の方へ～  
 証明書の記入例については裏面をご覧ください。

～指定医療機関の方へ～

- 1 医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された特定医療費（指定難病）のみです。  
指定医療機関でない医療機関は証明しないでください。
- 2 医療機関ごとにご記入ください（必要に応じコピーしてください）。
- 3 太枠内に記入してください。（\*の欄には記入しないでください。）
- 4 訂正が生じた場合は、＝（二重取消線）を引き、その上に訂正印または証明印を押してください。
- 5 証明書の内容で不明な点については、記入者様に確認させていただきます。また、証明書に記載不備がある場合、請求者様または医療機関へ返送させていただくことがあります。

（記入例）

特定医療費（指定難病）証明書

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

（指定医療機関記入欄）※太枠内のみ記入ください。

受診者氏名	阿倍野橋 太郎		受給者番号	1 2 3 4 5 6 7				(大阪市記入欄)
有効期間	平成 30 年 4 月 27 日 から 平成 30 年 12 月 31 日 まで							
保険種別及び負担割合	診療年月	指定難病に係る診療日数	保険診療点数	患者負担額				
社保 割 国保 3割 後期 割 介護 割	平成 30 年 4 月 分	入院	期 間 平成 30 年 4 月 27 日 ～ 4 月 30 日 4 日 (総日数 30 日)	平成 30 年 4 月 27 日 ～ 4 月 30 日 19,262 点 (総点数 197,433 点)	0 円 (総額 57,600 円)			
		通院(薬局)	日	点	円	*		
		訪看	日	単位 円	円	*		
社保 割 国保 3割 後期 割 介護 割	平成 30 年 5 月 分	入院	期 間 平成 30 年 5 月 1 日 ～ 5 月 15 日 15 日 (総日数 日)	平成 30 年 5 月 1 日 ～ 5 月 15 日 98,717 点 (総点数 98,930 点)	57,600 円 (総額 57,600 円)			
		通院(薬局)	2 日	3,770 点	11,310 円			*
		訪看	日	単位 円	円			*
社保 割 国保 3割 後期 割 介護 割	平成 30 年 6 月 分	入院	期 間 年 月 日 ～ 月 日 日 (総日数 日)	点 (総点数 点)	円 (総額 円)			
		通院(薬局)	1 日	777 点	500 円			*
		訪看	日	単位 円	円			*

備考欄 平成30年4月の入院は、当月27日までに高額療養費に到達しているため患者負担額0円。  
平成30年6月より重度障がい者医療費助成の適用。

上記のとおり領収したことを証明する。

平成 30 年 7 月 1 日

保険医療機関 (薬局)コード	9	9	9	9	9	9	9
-------------------	---	---	---	---	---	---	---

※指定医療機関に限る

名 称 オーサカタロークリニック  
 代表者 大阪 太郎  
 所在地 大阪市阿倍野区旭町1丁目2番  
 電 話 06-xxxx-xxxx



記入者（連絡先）  
 所属 医 事  
 氏名 大阪 花子  
 内線 7 7 7



～記入時の注意点～

- 保険の負担割合は必ず記入してください。
- 入院期間は、受給者証の有効期間内の期間を記入してください。
- 保険診療点数、患者負担額は、受給者証の有効期間内に指定難病でかかったものを記入してください。（有効期間開始日が月途中の場合の入院や、指定難病以外の医療がある場合、その月の総点数、総額をカッコ内に記入してください。）
- 診療支払い時点で他の医療費助成をお持ちの場合は備考欄に記入し、助成後の患者負担額をご記入ください。
- 入院時の食事療養費及び生活療養費は助成の対象外です。
- 証明印は医療機関印ではなく、代表者印を押印してください（薬局の場合、管理薬剤師の氏名及び印でも可）。
- 内容で不明な点については、記入者様に確認させていただきますので、配属・氏名を必ず記入してください。



【 5 4 ・ 生活保護受給者用 】

この用紙は福祉事務所に指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

複数の指定医療機関で受診のある場合は、必要枚数をコピーしてください。

特定医療費（指定難病）証明書

福祉事務所の方へ

- 1 の欄は記載しないでください。
- 特定医療費（指定難病）の保険点数の証明は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病について受給者証の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。（なお、有効期間開始日が月途中の場合の入院や、指定難病以外の医療がある場合は、2 に 1 か月の総点数を 3 に 1 か月の医療扶助総額をご記入ください。）
- 介護保険サービスの証明の場合は、「点」を「単位」と読み替え、備考欄に地域単価（2 級地 11.12 円など）をご記入ください。
- 証明書の内容で不明な点につきましては、担当者様に確認させていただきます。

（福祉事務所記載欄）

受診者氏名					受給者番号				
有効期間	年 月 日 から				年 月 日まで				
1 医療費決定額		百万	十万	万	千	百	十	円	
健康保険種別	診療年月 (総点数) (医療扶助総額)	診療実日数		保険診療点数		医療扶助等の給付額			
社 保 割	年 月分	入院	日間	点		医	円		
		通院	日	点		円			
介護保険割	( 2 点) ( 3 円)	薬局	日	点		円			
社 保 割	年 月分	入院	日間	点		医	円		
		通院	日	点		円			
介護保険割	( 2 点) ( 3 円)	薬局	日	点		円			
社 保 割	年 月分	入院	日間	点		医	円		
		通院	日	点		円			
介護保険割	( 2 点) ( 3 円)	薬局	日	点		円			

備考欄

医療扶助・介護扶助による給付を行ったもののうち、特定医療費（指定難病）を上記のとおり証明する。

年 月 日

指定医療機関の名称							
保険医療機関（薬局）コード							

福祉事務所  
 名称  
 代表者  
 所在地  
 担当者（職・氏名）  
 電話

印

年 月 日

## 通 知 書

大阪市長

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は法律第10条第1項）の規定による特定医療費の申請は、下記により認定されませんでしたので通知します。

### 記

#### 【理由】

#### （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となります。）、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年を経過した場合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。

#### 【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1-2-7-1000  
あべのメディックス10階  
電話：(06)6647-0923