

【大阪府の特定医療費（指定難病）受給者証の様式】

- ① 階層区分が生活保護で医療保険に加入していない方（薄紫色）→公費負担者番号は 54276027
- ② ①以外の方（生活保護で医療保険に加入している方や境界層該当者も含む）→公費負担者番号は 54276019

特定医療費（指定難病）受給者証				指 定 医 療 機 関 名	注意事項 ・指定医療機関が行う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治療が助成の対象です。 ・この証に記載がない場合でも、指定医療機関であれば使用できます。				
公費負担者番号									
受給者番号									
受 診 者	住所								
	氏名								
	生年月日								
健康保険 保険者					備 考				
被保険者証の 記号及び番号			適用区分						
疾 病									
有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日			保 護 者 （ 受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 記 入 ）	氏名		続柄	
月額自己負担 上限額		円		階層区分		住所			
負 担	軽症者 特例		高額かつ 長期		上記のとおり認定します。 年 月 日 大阪府知事				
	人工呼吸器 等装着		同一世帯 内按分						

【大阪府の自己負担上限額管理票の様式】

(表紙)

特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

受診者氏名	
受給者番号	

※受診者氏名・受給者番号を記入してください。

※＜受診者のみなさまへ＞をお読みください。

※医療機関の方は、＜医療機関のみなさまへ＞をお読みください。

(様式)

54	年 月分自己負担上限額管理票	月額自己負担上限額	円	
受診者名		受給者番号		
日 付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額 (月額)
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	指定医療機関名			
月 日				