

# 大阪府特定疾患援助医療費請求書

- ・この請求書は、特定疾患医療受給者証の有効期間内に、高額療養費までの医療費を支払った場合のみ郵送してください。保険適用外の支払いは返金対象外です。
- ・特定疾患医療費証明書（様式3）の代わりに領収書の原本を添付される場合は、領収印、保険点数の記載があるものに限り、返却希望の方は、切手を貼った返信用封筒を同封してください。
- ・特定疾患医療費証明書（様式3）の手数料については請求者の負担となります。

## ○記入上の注意

1. 口座名義人と請求者は必ず同じにしてください、異なる場合お支払できません。
2. 請求者（口座名義人）が受給者以外の場合、委任欄へ記名が必要です。

### 請求書郵送先

〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目 電話 06-6941-0351（内線 2588）  
 大阪府 健康医療部 保健医療室 地域保健課 難病認定グループ 償還払い担当

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

<p>年 月分 から 年 月分 ( 月) の          特定疾患援助医療費を下記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>大阪府知事 様</p>
---

## ◎受給者および請求者の欄は「すべて」ご記入ください。

受給者 (患者)	氏名			受給者番号			
請 求 者	氏名	★「口座名義人」と同一にしてください。 ・本人（受給者） ・ その他 氏名： 続柄：					
	委任欄	※受給者以外が請求者となる場合、 右欄に記名し委任してください。			受給者氏名		
	住所	〒 - TEL ( ) ( - )					
	送金用 振替口座	口座名義人 (カナ)	★「カタカナ」でご記入ください。				
	銀行名	銀行・農協 信金・信組	※大阪府記載欄		1.普通・総合	口座 番号	
		支店	※大阪府記載欄		2.当座		
		ゆうちょ銀行を指定する場合	記号・番号				