この用紙は請求者が太枠内のみ記入してください。

様式２

**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ます。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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月分　から　　　　　　年　　　月分（　　　　　　ヵ月）の  　　　特定疾患援助医療費を下記のとおり請求します。  　　年　　月　　日  　　大阪府知事　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ◎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 | | **大阪　花子** | | | | 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 | | 〒**540－8570** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **大阪市中央区大手前二丁目１－２２**  TEL（　**０６**）（　○○○○　－△△△△　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  **オオサカ　ハナコ** | | | | | | | | | | | | |
| 銀 行 名 | | 銀行・農協  **○△**　信金・信組 | | ※大阪府記載欄 | | 1.普通・総合  2.当座 | | 口座番号 | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **▲×**　　　支店 | | ※大阪府記載欄 | |
| ゆうちょ銀行を指定する場合 | | 記号・番号 | |  | | | | | | | | | |