

大 阪 府 提 出 用

大阪府指定疾患医療援助金請求書(初回用)

年 月 診療分指定疾患医療援助金を下記のとおり請求いたします。

年 月 日

大阪府知事様

請求金額	万	千	百	十	円	〔金額欄は記入しないこと。〕
------	---	---	---	---	---	----------------

患者	氏名		承認番号	第 ー 号 (記入しないこと)
	住所	〒 (電話)		
申請者 (申請者)	氏名	申請者は患者本人、または患者が18歳未満の場合その保護者となります。		
	住所	〒 (電話)		

請求者記載欄

	患者氏名	
--	------	--

分	年 月	診療実日数		保険診療点数(月合計)	患者負担額
		入 院 日	入 院 外 日		

保険の区分 (該当の保険に○を記入)	1. 社会保険・本人(協会健保、各種共済含む) 2. 社会保険・家族(協会健保、各種共済含む) 3. 国民健康保険(市町村、その他国保含む) 4. 後期高齢者医療	診断名 (該当疾患に○を記入)	A 蛋白喪失性腸症 B 肺線維症 C 悪性腎硬化症
-----------------------	--	--------------------	---------------------------------

上記のとおり当医療機関で診療いたしました。 また、上記について、他の公費負担制度の適用はありません。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	医療機関名 代表者名 所在地 電話(ー ー)
---	-----------------------------------

事務費送金用 振替口座 (医療機関用)	振替銀行名	口座名義	預金種別	口座番号
	銀行 本・支店		普通 総合 当座	

医療機関記載欄

注) この用紙は、申請書に添えて提出してください。

(医療機関へお願い)

この用紙に証明いただくための事務費は、別途医療機関あて口座振替により、お支払いいたしますので、窓口では徴収しないでください。

他の公費負担医療制度が適用されたものは、本援助金及び事務費の支援対象外となります。