

大阪府指定疾患医療援助金請求書(継続用)

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。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> 大阪府知事様 <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">請求金額</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">万</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">千</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">百</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">十</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">円</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">〔金額欄は記入〕 しないこと。〕</div>					請求金額	万	千	百	十	円
請求金額	万	千	百	十	円					
患者	氏名		承認番号	第 ー 号						
	住所	(電話)								
(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

			患者名		
年 月分	診療実日数	入院 日	入院外 日	保険診療点数(月合計) 点	患者負担額 円
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。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>			医療機関名 代表者名 所在地 電話(ー ー)		

- 注) 1. この用紙は、2回目の請求から使用してください。
 2. 請求書は、請求する月分を翌月10日までに提出ください。
 3. 提出先 〒540-8570 大阪府中央区大手前2-1-22
 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
 電話06-6941-0351

(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。