

特定医療費（指定難病）申請書（療養費払分）

受給者	フリガナ 氏 名	生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日
	受給者番号	自己負担上限額	月額 円	
	受給者証の 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請金額		円		
支給決定金額 (この欄は、府が記載します)			円	

上記のとおり、関係書類を添えて、医療費の支給を申請します。
また、この申請に関して、京都府が必要に応じ、医療機関及び健康保険組合等に対し、照会することについて、同意します。

年 月 日

京都府知事 様

(〒 -)

【申請者】 住 所

氏 名 ㊟

[電話 () -]

振込先口座	金融機関	銀行・農協 信金・信組	普通・当座	口座番号
		本店・支店		
	(フリガナ) 口座名義人			

- 1 振込先口座は、申請者の口座に限ります。なお、申請者氏名と受給者氏名が異なる場合は、委任状が必要です
- 2 申請に必要な添付書類は、次のとおりです。
 - ① 特定医療費（指定難病）受給者証（写し）
 - ② 医療機関等の領収書（原本）＜レシートは不可＞
 - ③ 医療機関等の特定医療費（指定難病）療養証明書
 - ④ 自己負担上限額管理票（写し）
 - ⑤ 加入保険の限度額適用認定証（写し）＜交付されている方のみ＞
 - ⑥ 高額療養費支給決定通知書＜加入保険から支給のあった方のみ＞
- 3 申請書はお近くの保健所（京都市内は保健センター）へ提出してください。
- 4 申請の対象は、受給者証の有効期間内の医療で、かつ指定難病の治療に係るものに限ります。
- 5 裏面の注意事項等をお読みください。