

記入例

特定医療費（指定難病）申請書（療養費払分）

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、京都市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。

1	(宛先) 京都市長		〇 年 × 月 △ 日	
	申請者の住所 〒 604-8571 京都市 中京 区 寺町通御池上る上本能寺前町488 (固定電話) 〇〇〇-△△△△ (携帯) ×××-××××-××××		申請者の氏名 京都 太郎 <small>※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。</small> 受給者との続柄 (夫)	
2	フリガナ 氏 名	キョウト ハナコ 京都 花子	生年月日	〇〇 年 △ 月 □ 日
	受給者番号	1 2 3 4 5 × ×	自己負担上限額	10,000 円
	受給者証の有効期間	〇× 年 □□ 月 △△ 日 ~ ×〇 年 △△ 月 □□ 日		
3	金融機関	寺町御池 上本能寺前	銀行・農協 信金・信組 本店 支店	普通・当座
	振込口座 申請金額又は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。	口座番号 (フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同じ	0 1 2 3 〇 × △	キョウト タロウ 京都 太郎
4	申請金額	5,000 円		
	添付書類	<input type="checkbox"/> 別添の領収書等の領収金額（健康保険適用分）から一部負担金等を差し引いた金額 <input checked="" type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証（写し） <small>枚数を記入してください。</small> <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票（写し） <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等の領収書（原本）（ 5 枚）【レシートは不可】 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等の特定医療費（指定難病）療養証明書 <small>医療機関に記入を依頼してください。</small> <input type="checkbox"/> 口座確認書類（通帳又はキャッシュカード）の写し <input type="checkbox"/> 【交付されている方のみ】加入保険の限度額適用認定証（写し） <input type="checkbox"/> 【交付されている方のみ】高額療養費支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 確定申告（医療費控除）等に領収書が必要となるため返却を希望します。 <input type="checkbox"/> 私（委任者）は委任者に上記の医療費に係る <input checked="" type="checkbox"/> 申請書の提出、 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費の受領を委任し、代理権を授与します。		
5	受給者以外が申請、又は医療費を受領される場合は記入及び押印が必要です。			
	委任状	受任者 住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488 電話 〇〇〇 京 △△△△ 氏名 京都 太郎 生年月日 ×〇 年 □ 月 △ 日 委任者 住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488 氏名 京都 花子 京 委任日 〇〇 年 △ 月 □ 日		

- 申請書類を作成した年月日、申請者の住所、電話番号、氏名、続柄を記入してください。
申請者は、原則受診者の方となりますが、保護者（受診者が18歳未満の場合）、成年後見人等の法定代理人、受診者から申請の委任を受けた方も可能です。
- 現在お持ちの受給者証を確認のうえ、受給者番号、有効期限、自己負担上限額等を記入してください。
- 振込口座の金融機関名、支店名、口座種別（普通・当座・その他）、口座名義人（氏名（フリガナ））を記入してください。
- 申請金額を記入、又は、チェックボックスにしてください。
- 添付書類にしてください。特定医療費（指定難病）療養証明書は、医療機関等に記入を依頼してください。
領収書を添付される場合は合計枚数も記入してください。
領収書の原本の返却を希望される場合は、「確定申告（医療費控除）等に領収書が必要となるため返却を希望します。」のチェックボックスにしてください。
- 受給者と異なる方が申請される場合、又は受給者と異なる名義の口座へのお振込みの場合は、委任状欄の記入及び押印が必要となります。
受任者（住所、氏名、受給者との続柄、生年月日）及び委任者（住所、氏名、委任日）を記入してください。