F 郵送申請 ※窓口での申請の場合、本チェック用紙の確認は不要です

- **郵送申請をご希望の方は、下記のチェックリストに☑してください。**
- **郵送時に本チェック用紙を同封願います。**（複写や撮影等により事前に保管してください）

※ 郵送事故等の責任は負いかねますので、ご心配な場合は、書留や特定記録等をご検討ください。

宛先・封書の準備

◎宛先として、A裏面の 郵送申請用の宛名 を切り取り、封筒に貼ってください。
◎郵便料金が不足しないように切手を封筒に貼ってください。

切手料金がわからない場合は、郵便局等にご確認を。
※郵便料の不足している送付物は受け取らない場合があります。

郵送提出物のチェックリスト

※D申請に必要な書類(兼記載例)を確認し、ご準備願います。

※複写(写し)は、A4 サイズで行ってください。写しでの提出が必要なものは、原本を送らないようご注意ください。

提出書類		チェック項目
提出書類（全員）	⓪本チェック用紙 原本	☐ 必要なチェック項目にチェックを入れているか
	①臨床調査個人票 原本	☐ 記載年月日が、更新申請日から3か月以内か
	②申請書 原本 ↑Bの書類	☐ 申請者署名欄等(D裏面の記載例参照)、記載漏れはないか(裏面あり) ☐ 住所・医療保険等の印字と現在の状況に相違ないか(相違あれば訂正) ☐ 日中連絡がとれる電話番号を記載したか ☐ 送付先住所に相違ないか(相違あれば訂正)
	③同意書 原本 ↑Cの書類	☐ 氏名を記載しているか(同意する場合)
	④保険情報が確認できる資料 写し （資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータル画面の写し等）	☐ 提出対象者全員分(Dの＜別表＞④参照)の写しがあるか ※健康保険未加入者は不要
	⑤受給者証（黄色） 写し	☐ 最新のものの写しか ※「～令和８年12月31日」と記載
	⑥自己負担上限額管理票（黄色） 写し 又は 領収書等の医療費総額を証明するもの （裏面の医療費申告書+領収証等）	☐ 申請月を含む過去12か月分の写しが揃っているか （　年　月～　年　月分） ☐ 領収書(写し)の場合、指定難病に関係する領収書か → 領収書の内容(自己負担上限額管理票に記載のないもの)を、裏面の医療費申告書に記載してください。
該当者のみ提出	⑦非課税収入を確認できる書類 写し	☐ 令和7年1月～12月の支給額がわかる書類の写しを添付しているか ※ 対象となる非課税収入の種類は、Bの「非課税世帯の申告事項」の欄を参照
	⑧自己負担上限額按分に係る書類 写し	☐ 対象者の現在使用している受給者証の写しを添付しているか

マイナンバーカードは不可

申請月 対象期間
7月 R7.8～R8.7 分
8月 R7.9～R8.8 分
9月 R7.10～R8.9 分

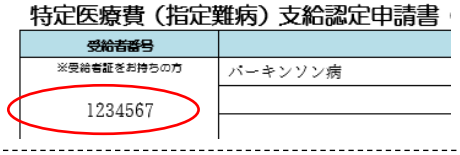
郵送申請書類の受付確認方法

郵送申請受付完了した方の受給者番号(7桁)を毎週ホームページに掲載します。掲載は受付日から2～3週間程度で行いますので、掲載されていない場合や、受付状況を確認したいがインターネット環境が無いなどの場合は郵送申請先の保健センターにお問い合わせください。

＜ホームページ＞
https://www.city.sapporo.jp/eisei/nanbyo/iryouhisonotanojosei.html

札幌市公式 HP ホーム＞健康・福祉・子育て＞医療＞難病への対策や取組について＞医療費その他の助成

受給者番号(7桁)は、申請書左上に記載されています。
また、受給者証の上部にも記載されています。



⑥領収書(写し)を郵送する場合は、
裏面の「医療費申告書」をご記載願います。

●窓口申請の場合は、本申告書の記載は不要です。
●自己負担上限額管理票に載っている領収書は、郵送の必要は無く、本申告書記載も不要です。
●本申告書は、郵送で「高額かつ長期」や「軽症高額該当」の申請をする場合で、自己負担上限額管理票に載っていない領収書がある場合に限りご記載いただき、領収書（写）と一緒に送付いただくものです。

医療費申告書（令和　年　月分～令和　年　月分）

住所

氏名

指定難病である
［疾病名：　　］に係る医療費については、下記のとおりです。

受診年月日		病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
			治療内容・医療品名など	かかった医療費（円）（10割分）
例　○年○月	○日	○○病院	診察と検査	45,670
年 月	日			
	日			
	日			
	日			
	合 計			
年 月	日			
	日			
	日			
	日			
	合 計			
年 月	日			
	日			
	日			
	日			
	合 計			
年 月	日			
	日			
	日			
	日			
	合 計			
年 月	日			
	日			
	日			
	日			
	合 計			
年 月	日			
	日			
	日			
	日			
	合 計			

各月の医療費は、申請理由に応じ、次の額を超えるまでの範囲でご記入願います。
・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方　：33,330 円
・「高額かつ長期」を理由として申請をしようとする方　：50,000 円

領収書が多い等により、記載欄が不足する場合は、上表を複写して追加作成願います。