

公告日：令和 7 年 2 月 4 日

案件名称：令和 7 年度 公害診療報酬請求書等作成に係る作表・封入封緘等処理業務委託（概算契約）

仕様書の一部に誤りがありました。下記正誤表をご確認ください。

訂正箇所	誤	正
仕様書	第 2 作表・封入封緘等処理に係る業務詳細 3 本委託業務の要領 (3) 件数の確認 (略) なお療養手当請求書等については、5 枚 1 セットを 1 件とする。 (4) マッチング処理 (略) 療養手当請求書等については、同一の整理番号 5 枚を 1 部として以 降の処理を行うこと。	第 2 作表・封入封緘等処理に係る業務詳細 3 本委託業務の要領 (3) 件数の確認 (略) なお療養手当請求書等については、6 枚 1 セットを 1 件とする。 (4) マッチング処理 (略) 療養手当請求書等については、同一の整理番号 6 枚を 1 セットとし て以降の処理を行うこと。
別紙 7 (処理件数見込)	指定帳票類 3 障害補償費一覧表 チラシ③ 3050件	指定帳票類 [行削除]

訂正箇所	誤	正																														
仕様書見本 4 - 1	見本 4 - 1 令和 年 月 日 大阪市保健所 年度分療養手当請求書の提出について 平素は本市行政につきまして、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。 さて、認定疾病の療養日数が一定の基準に達した場合、支給される療養手当につきましては、法律上、当該被認定者からの請求に基づいて支給することが定められております。 つきましては、支給要件を満たした際の手続きのため、年度分の請求書の提出が必要になりますので、同封しています 請求書の 1 2 箇所全てに記入 のうえ(記入例を参照)、3 枚まとめて(請求書は切り離さないようお願いします) 同封の返信用封筒にて 令和 年 月 日 () まで に御返送いただきますようお願い申し上げます。 < 注 意 > ※ 請求書の提出がない場合、請求がないものとみなしますので、支給要件を満たしていても療養手当は支給されません。 ※ 請求書を提出していただきますが、規定の療養日数に達していない月については療養手当は支給されません。 ※ 参考：療養手当の支給要件と支給額（令和 3 年度 単位：円） <table><tr><th colspan="2">入院外（通院）</th><th colspan="3">入 院</th></tr><tr><th>4～14日</th><th>15日以上</th><th>7日以内</th><th>8～14日</th><th>15日以上</th></tr><tr><td>23700</td><td>25700</td><td>25700</td><td>35200</td><td>37200</td></tr></table> ・日数とは、認定疾病にかかる療養日数となります。 ・他の疾病での療養は日数に入りません。 ・支給額は、年度ごとに国（環境省）により改定されることがあります。 問い合わせ先 〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1-2-7 大阪市保健所 管理課 審査・給付グループ TEL：06-6647-0782 FAX：06-6647-0803  G-00001-1	入院外（通院）		入 院			4～14日	15日以上	7日以内	8～14日	15日以上	23700	25700	25700	35200	37200	見本 4 - 1 令和 7 年 月 日 〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 大阪 太郎 様 51-0-0000 大阪市保健所 令和 年度分療養手当請求書の提出について 平素より、公害健康被害補償制度にご理解ご協力を賜り、誠にありがとうございます。 さて、認定疾病の療養日数が一定の基準に達した場合に支給される療養手当につきましては、法律上、当該被認定者からの請求に基づいて支給することが定められております。 つきましては、支給要件を満たした際の手続きのため、令和 年度分の請求書の提出が必要になりますので、同封しています請求書の請求者欄(太枠内) 1 2 箇所全てに記名のうえ、4 枚まとめて(請求書は切り離さないようお願いします) 同封の返信用封筒にて 令和 年 月 日 () まで に御返送いただきますようお願い申し上げます。 < 注 意 > ※ 請求書の提出がない場合、支給要件を満たしていても療養手当は支給されません。 ※ 請求書を提出がある場合でも、規定の療養日数に達していない月については療養手当は支給されません。 ※ 参考：療養手当の支給要件と支給額（令和 6 年度 単位：円） <table><tr><th colspan="2">入院外（通院）</th><th colspan="3">入 院</th></tr><tr><th>4～14 日</th><th>15 日以上</th><th>7 日以内</th><th>8～14 日</th><th>15 日以上</th></tr><tr><td>25,000</td><td>27,000</td><td>27,000</td><td>36,900</td><td>38,900</td></tr></table> ・日数とは、認定疾病にかかる療養日数であり、他の疾病での療養は日数に入りません。 ・支給額は、年度ごとに国(環境省)により改定されることがあります。 問い合わせ先 〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町 1-2-7 大阪市保健所 管理課 審査・給付グループ TEL：06-6647-0782 FAX：06-6647-0803  G-00001-1	入院外（通院）		入 院			4～14 日	15 日以上	7 日以内	8～14 日	15 日以上	25,000	27,000	27,000	36,900	38,900
入院外（通院）		入 院																														
4～14日	15日以上	7日以内	8～14日	15日以上																												
23700	25700	25700	35200	37200																												
入院外（通院）		入 院																														
4～14 日	15 日以上	7 日以内	8～14 日	15 日以上																												
25,000	27,000	27,000	36,900	38,900																												

訂正箇所	誤	正																																																																																																																																																					
仕様書見本 4 - 2	療 養 手 当 請 求 書 見本 4 - 2 令和 年5月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td rowspan="4">被 認 定 者</td><td>氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年4月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年6月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td rowspan="4">被 認 定 者</td><td>氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年5月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年7月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td rowspan="4">被 認 定 者</td><td>氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年6月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年8月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td rowspan="4">被 認 定 者</td><td>氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年7月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table>  G-00001-2	被 認 定 者	氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年4月 診療分	請 求 者			被 認 定 者	氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年5月 診療分	請 求 者			被 認 定 者	氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年6月 診療分	請 求 者			被 認 定 者	氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年7月 診療分	請 求 者			療 養 手 当 請 求 書 見本 4 - 2 令和7年5月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td rowspan="4">被 認 定 者</td><td>氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="4">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお</td></tr><tr><td>令和7年4月 診療分</td><td colspan="4">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和7年6月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td rowspan="4">被 認 定 者</td><td>氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="4">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお</td></tr><tr><td>令和7年5月 診療分</td><td colspan="4">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和7年7月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td rowspan="4">被 認 定 者</td><td>氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="4">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお</td></tr><tr><td>令和7年6月 診療分</td><td colspan="4">請 求 者</td></tr></table>  G-00001-2	被 認 定 者	氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお			診療日数	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお				令和7年4月 診療分	請 求 者				被 認 定 者	氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお			診療日数	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお				令和7年5月 診療分	請 求 者				被 認 定 者	氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお			診療日数	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお				令和7年6月 診療分	請 求 者			
被 認 定 者	氏 名			生年月日																																																																																																																																																			
	認定番号			認定疾病																																																																																																																																																			
	住 所																																																																																																																																																						
	年4月 診療分	請 求 者																																																																																																																																																					
被 認 定 者	氏 名		生年月日																																																																																																																																																				
	認定番号		認定疾病																																																																																																																																																				
	住 所																																																																																																																																																						
	年5月 診療分	請 求 者																																																																																																																																																					
被 認 定 者	氏 名		生年月日																																																																																																																																																				
	認定番号		認定疾病																																																																																																																																																				
	住 所																																																																																																																																																						
	年6月 診療分	請 求 者																																																																																																																																																					
被 認 定 者	氏 名		生年月日																																																																																																																																																				
	認定番号		認定疾病																																																																																																																																																				
	住 所																																																																																																																																																						
	年7月 診療分	請 求 者																																																																																																																																																					
被 認 定 者	氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																																			
	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																																			
	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																																					
	医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお																																																																																																																																																					
診療日数	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお																																																																																																																																																						
令和7年4月 診療分	請 求 者																																																																																																																																																						
被 認 定 者	氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																																			
	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																																			
	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																																					
	医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお																																																																																																																																																					
診療日数	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお																																																																																																																																																						
令和7年5月 診療分	請 求 者																																																																																																																																																						
被 認 定 者	氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																																			
	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																																			
	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																																					
	医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお																																																																																																																																																					
診療日数	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとお																																																																																																																																																						
令和7年6月 診療分	請 求 者																																																																																																																																																						

訂正箇所	誤	正																																																																																																																																								
仕様書見本 4 - 3	療 養 手 当 請 求 書 見本 4 - 3 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認 定 番 号</td><td></td><td>認 定 疾 病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年8月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年10月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認 定 番 号</td><td></td><td>認 定 疾 病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年9月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年11月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認 定 番 号</td><td></td><td>認 定 疾 病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年10月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年12月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認 定 番 号</td><td></td><td>認 定 疾 病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年11月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table>  G-00001-3	被 氏 名		生年月日		認 定 番 号		認 定 疾 病		住 所				年8月 診療分	請 求 者			被 氏 名		生年月日		認 定 番 号		認 定 疾 病		住 所				年9月 診療分	請 求 者			被 氏 名		生年月日		認 定 番 号		認 定 疾 病		住 所				年10月 診療分	請 求 者			被 氏 名		生年月日		認 定 番 号		認 定 疾 病		住 所				年11月 診療分	請 求 者			療 養 手 当 請 求 書 見本 4 - 3 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認 定 番 号</td><td>51 - 0 - - - -</td><td>認 定 疾 病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">令和7年7月 診療分</td></tr><tr><td>令和7年7月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和7年9月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認 定 番 号</td><td>51 - 0 - - - -</td><td>認 定 疾 病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">令和7年8月 診療分</td></tr><tr><td>令和7年8月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和7年 10 月 1 日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認 定 番 号</td><td>51 - 0 - - - -</td><td>認 定 疾 病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">令和7年9月 診療分</td></tr><tr><td>令和7年9月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table>  G-00001-3	被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認 定 番 号	51 - 0 - - - -	認 定 疾 病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり			診療日数	令和7年7月 診療分			令和7年7月 診療分	請 求 者			被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認 定 番 号	51 - 0 - - - -	認 定 疾 病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり			診療日数	令和7年8月 診療分			令和7年8月 診療分	請 求 者			被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認 定 番 号	51 - 0 - - - -	認 定 疾 病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり			診療日数	令和7年9月 診療分			令和7年9月 診療分	請 求 者		
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認 定 番 号		認 定 疾 病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年8月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認 定 番 号		認 定 疾 病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年9月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認 定 番 号		認 定 疾 病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年10月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認 定 番 号		認 定 疾 病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年11月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																							
認 定 番 号	51 - 0 - - - -	認 定 疾 病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																							
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																									
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり																																																																																																																																									
診療日数	令和7年7月 診療分																																																																																																																																									
令和7年7月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																							
認 定 番 号	51 - 0 - - - -	認 定 疾 病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																							
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																									
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり																																																																																																																																									
診療日数	令和7年8月 診療分																																																																																																																																									
令和7年8月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																							
認 定 番 号	51 - 0 - - - -	認 定 疾 病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																							
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																									
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり																																																																																																																																									
診療日数	令和7年9月 診療分																																																																																																																																									
令和7年9月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									

訂正箇所	誤	正																																																																																																																																								
仕様書見本 4 - 4	療 養 手 当 請 求 書 見本 4 - 4 大 阪 市 長 様 令和 年1月1日 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年12月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年2月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年1月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年3月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年2月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和 年4月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>認定番号</td><td></td><td>認定疾病</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>年3月 診療分</td><td colspan="3">請 求 者</td></tr></table>  G-00001-4	被 氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年12月 診療分	請 求 者			被 氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年1月 診療分	請 求 者			被 氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年2月 診療分	請 求 者			被 氏 名		生年月日		認定番号		認定疾病		住 所				年3月 診療分	請 求 者			療 養 手 当 請 求 書 見本 4 - 4 大 阪 市 長 様 令和7年11月1日 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">令和7年10月 診療分</td></tr><tr><td colspan="4">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和7年12月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">令和7年11月 診療分</td></tr><tr><td colspan="4">請 求 者</td></tr></table> 療 養 手 当 請 求 書 令和8年1月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被 氏 名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">令和7年12月 診療分</td></tr><tr><td colspan="4">請 求 者</td></tr></table>  G-00001-4	被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり			診療日数	令和7年10月 診療分			請 求 者				被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり			診療日数	令和7年11月 診療分			請 求 者				被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり			診療日数	令和7年12月 診療分			請 求 者			
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認定番号		認定疾病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年12月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認定番号		認定疾病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年1月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認定番号		認定疾病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年2月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名		生年月日																																																																																																																																								
認定番号		認定疾病																																																																																																																																								
住 所																																																																																																																																										
年3月 診療分	請 求 者																																																																																																																																									
被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																							
認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																							
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																									
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり																																																																																																																																									
診療日数	令和7年10月 診療分																																																																																																																																									
請 求 者																																																																																																																																										
被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																							
認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																							
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																									
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり																																																																																																																																									
診療日数	令和7年11月 診療分																																																																																																																																									
請 求 者																																																																																																																																										
被 氏 名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																							
認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																							
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																									
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり																																																																																																																																									
診療日数	令和7年12月 診療分																																																																																																																																									
請 求 者																																																																																																																																										

訂正箇所	誤	正
仕様書見本 4 - 5	※右記のとおりページ追加のため旧見本ではなし	請求書様式を 1 ページに 3 様式印刷としたため 1 ページ追加 見本 4 - 5 療養手当請求書 令和8年2月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第 1 項の規定による療養手当を請求します。 被 認 定 者 氏 名 大阪 太郎 生年月日 大正 15 年 12 月 31 日 認定番号 51-0-0000 認定疾病 気管支ぜん息及びその続発症 住 所 大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 医療機関の名称及び所在地 診療日数 令和8年1月 診療分 請求者 療養手当請求書 令和8年3月1日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第 1 項の規定による療養手当を請求します。 被 認 定 者 氏 名 大阪 太郎 生年月日 大正 15 年 12 月 31 日 認定番号 51-0-0000 認定疾病 気管支ぜん息及びその続発症 住 所 大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 医療機関の名称及び所在地 診療日数 令和8年2月 診療分 請求者 療養手当請求書 令和8年4月 1 日 大 阪 市 長 様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第 1 項の規定による療養手当を請求します。 被 認 定 者 氏 名 大阪 太郎 生年月日 大正 15 年 12 月 31 日 認定番号 51-0-0000 認定疾病 気管支ぜん息及びその続発症 住 所 大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 医療機関の名称及び所在地 診療日数 令和8年3月 診療分 請求者  * 810-0000 202108202204 * G-00001-5

訂正箇所	誤	正																																																																																																																																							
仕様書見本 4 - 6	療養手当請求書 見本 4-5 大阪市長様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被氏名</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td>認定番号</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td colspan="2">**年4月診療分</td><td colspan="2">請求者</td></tr></table> 療養手当請求書 ***** 大阪市長様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被氏名</td><td>*****</td><td>生年月日</td><td>*****</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>*****</td><td>認定疾病</td><td>*****</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td colspan="2">**年5月診療分</td><td colspan="2">請求者</td></tr></table> 療養手当請求書 ***** 大阪市長様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被氏名</td><td>*****</td><td>生年月日</td><td>*****</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>*****</td><td>認定疾病</td><td>*****</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td colspan="2">**年6月診療分</td><td colspan="2">請求者</td></tr></table> 療養手当請求書 ***** 大阪市長様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求しますので、医療機関等からの診療報酬請求明細書等により、診療日数を確認のうえ、要件に該当したときに支給願います。 <table><tr><td>被氏名</td><td>*****</td><td>生年月日</td><td>*****</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>*****</td><td>認定疾病</td><td>*****</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td colspan="2">**年7月診療分</td><td colspan="2">請求者</td></tr></table>  G-00001-5 療養手当請求書 見本 4-6 令和7年5月1日 大阪市長様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被氏名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51</td><td>認定疾病</td><td>*****</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td>医療機関の名称</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td>令和7年4月診療分</td><td colspan="3">請求者</td></tr></table> 療養手当請求書 ***** 令和7年6月1日 大阪市長様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被氏名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td>令和7年5月診療分</td><td colspan="3">請求者</td></tr></table> 療養手当請求書 ***** 令和7年7月1日 大阪市長様 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当を請求します。 <table><tr><td>被氏名</td><td>大阪 太郎</td><td>生年月日</td><td>大正 15 年 12 月 31 日</td></tr><tr><td>認定番号</td><td>51-0----</td><td>認定疾病</td><td>気管支ぜん息及びその続発症</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000</td></tr><tr><td>医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。</td></tr><tr><td>診療日数</td><td colspan="3">*****</td></tr><tr><td>令和7年6月診療分</td><td colspan="3">請求者</td></tr></table>  G-00001-6 7/7	被氏名	*****			認定番号	*****			住 所	*****			**年4月診療分		請求者		被氏名	*****	生年月日	*****	認定番号	*****	認定疾病	*****	住 所	*****			**年5月診療分		請求者		被氏名	*****	生年月日	*****	認定番号	*****	認定疾病	*****	住 所	*****			**年6月診療分		請求者		被氏名	*****	生年月日	*****	認定番号	*****	認定疾病	*****	住 所	*****			**年7月診療分		請求者		被氏名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51	認定疾病	*****	住 所	*****			医療機関の名称	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。			診療日数	*****			令和7年4月診療分	請求者			被氏名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。			診療日数	*****			令和7年5月診療分	請求者			被氏名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日	認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症	住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000			医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。			診療日数	*****			令和7年6月診療分	請求者		
被氏名	*****																																																																																																																																								
認定番号	*****																																																																																																																																								
住 所	*****																																																																																																																																								
**年4月診療分		請求者																																																																																																																																							
被氏名	*****	生年月日	*****																																																																																																																																						
認定番号	*****	認定疾病	*****																																																																																																																																						
住 所	*****																																																																																																																																								
**年5月診療分		請求者																																																																																																																																							
被氏名	*****	生年月日	*****																																																																																																																																						
認定番号	*****	認定疾病	*****																																																																																																																																						
住 所	*****																																																																																																																																								
**年6月診療分		請求者																																																																																																																																							
被氏名	*****	生年月日	*****																																																																																																																																						
認定番号	*****	認定疾病	*****																																																																																																																																						
住 所	*****																																																																																																																																								
**年7月診療分		請求者																																																																																																																																							
被氏名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																						
認定番号	51	認定疾病	*****																																																																																																																																						
住 所	*****																																																																																																																																								
医療機関の名称	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。																																																																																																																																								
診療日数	*****																																																																																																																																								
令和7年4月診療分	請求者																																																																																																																																								
被氏名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																						
認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																						
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																								
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。																																																																																																																																								
診療日数	*****																																																																																																																																								
令和7年5月診療分	請求者																																																																																																																																								
被氏名	大阪 太郎	生年月日	大正 15 年 12 月 31 日																																																																																																																																						
認定番号	51-0----	認定疾病	気管支ぜん息及びその続発症																																																																																																																																						
住 所	大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000																																																																																																																																								
医療機関の名称及び所在地	被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおりに記載してください。																																																																																																																																								
診療日数	*****																																																																																																																																								
令和7年6月診療分	請求者																																																																																																																																								