

国民健康保険療養費等支給申請書（令和8年4月分）

記入例

(提出先) 大阪市長

次のとおり療養に要した費用の支給を明細書・領収書等を添えて申請します。支給の決定に際し、必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

※以下、太線の枠内のみご記入ください。

申請者（世帯主）

申請日 令和8年5月1日

受付
番号

受付印

住所	〒530-0005	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号
フリガナ	コクホ イチロウ	
氏名 又は 個人番号	国保 一郎	電話 090-0000-0000 ※必ずご記入ください (日中連絡の取れる電話番号)

※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

受診者

給付開始 年 月 日	被保険者記号番号	フリガナ	コクホ ハナコ
届出 年 月 日	阪国 北 012345	氏名	国保 花子
資格確認書交付 年 月 日	生年月日 昭和 平成 令和 5年 1月 1日	又は 個人番号	

※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

査定	申請理由	申請区分
食事・生活療養 円	1 〇 医科（入院） 2 〇 医科（入院外） 5 〇 歯科 6 〇 調剤 7 〇 装具 9 〇 鍼灸 1 〇 マッサージ 1 1 〇 柔整 1 2 〇 その他 1 3 〇 訪問看護 1 4 〇 移送費	1 〇 療養費 4 〇 食費・生活療養費差額支給（※） 5 〇 移送費（※） 6 〇 結核・精神 7 〇 特別療養費（※） 8 〇 高齢者差額支給 9 〇 高齢者療養費追加支給 1 〇 第三者行為 2 〇 業務上の事故 3 〇 その他
療養 円	2 〇 療養費払いのため 3 〇 資格確認書申請期間中のため 5 〇 食事・生活療養費の差額申請 6 〇 一部負担金の差額支給 9 〇 海外療養費	
一部負担金 円		
支給決定額 円		

決定	〇 支給 〇 不支給	処理欄
----	---------------	-----

公金受取口座申出の有無 有 〇 無 〇			
受付	資格確認	申請書入力	審査
審査区分等入力	支給区分等入力	支払額票出力	通知

診療を受けた医療機関等			
名称	大阪国保病院	所在地	大阪市北区淀屋橋〇-〇-〇
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名	療養 太郎	傷病名	急性気管支炎 等
療養等の期間(装具は医師の所見日)	令和8年4月15日から 日まで 日間 (食事 回)	装具装着日	年 月 日装着
発病又は負傷の年月日	令和8年4月15日	療養等に要した費用	10,000 円

上記療養費等の支払については、次の口座に口座振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名				預金種目			
第一国保				1 〇 普通預金			
銀行 信用金庫 信用組合				2 〇 当座預金			
淀屋橋				3 〇 貯蓄預金			
支店							
金融機関コード 1 1 1 1				店番号 2 2 2			
口座番号(右詰めでご記入ください。)				フリガナ (カタカナ) コクホ ハナコ			
3 3 3 3 3 3 3				口座名義 国保 花子			

委任状 (世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)			
委任者 (世帯主)	療養費に関する 〇 申請・〇 受領 令和8年5月1日 を下記の受任者に委任します。		
氏名	国保 一郎	住所	同上
〒530-0005	住所	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号	世帯主との関係
(フリガナ)	コクホ ハナコ	日中連絡の取れる電話番号	妻
氏名	国保 花子	080-1111-2222	受任者の本人確認 ができるもの
同意書兼 誓約書	〇 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 〇 委任者の意思に基づかず申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。		

世帯主以外の方が
申請・受領する場
合は
【委任
状】に記
入願いま
す。

大阪市国民健康保険局

(令和8年8月作成)