

国民健康保険療養費等支給申請書（令和 年 月分）

（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	年	月	日	受付番号
住所	〒 - 大阪市 区						
フリガナ							
氏名 又は 個人番号							電話 ※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
届出 年 月 日	阪国	
資格確認書交付 年 月 日	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日

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

決定	☐ 支給	処理欄
	☐ 不支給	

公金受取口座申出の有無			
有 ☐ 無 ☐			
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	支払領票出力	通知

受診内容	診療を受けた医療機関等		
	名称	所在地	
	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		傷病名
			☐ 入院 ☐ 入院外
	療養等の期間(装具は医師の所見日)		装具装着日
	年 月 日から 日まで 日間 (食事 回)		年 月 日装着
発病又は負傷の年月日		療養等に要した費用	
年 月 日		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			
金融機関コード		銀行 信用金庫 信用組合	支店	1	☐	普通預金	
				2	☐	当座預金	
				3	☐	貯蓄預金	
口座番号（右詰めでご記入ください。）				フリガナ（カタカナ）			
				口座名義			

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 ☐ 申請・ ☐ 受領 を下記の受任者に委任します。						令和 年 月 日
	氏名					住所	同上
受任者	〒 - 住所					世帯主との関係	受任者の本人確認 ができるもの
	(フリガナ)					日中連絡の取れる電話番号	
	氏名					- -	☐ 免許証、マイナンバーカード等
	同意書兼 誓約書	☐ 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。 ☐ 委任者の意思に基づかずに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。					