

国民健康保険療養費等支給申請書（令和 5 年 1 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

5

年

4

月

1

日

受付
番号

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

記 号 番 号

フリガナ

コクホ ハナコ

阪 国

北

012345

氏 名

国保 花子

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

食事・生活療養	円
療 養	円
一部負担金	円
支給決定額	円

申請種別	1 ☐ 医科（入院）	申請理由	1 ☒ 療養費払いのため	申請区分	1 ☒ 療養費
	2 ☒ 医科（入院外）		2 ☐ 証の申請期間中のため		4 ☐ 食費・生活療養費差額支給（※）
	5 ☐ 歯科		3 ☐ 食事・生活療養費の差額申請		5 ☐ 移送（※）
	6 ☐ 調剤		4 ☐ 大阪府外受診のため		6 ☐ 結核・精神
	7 ☐ 装具		5 ☐ その他（急病等）		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		負傷等の原因	1 ☐ 第三者行為	
	12 ☐ その他			6 ☐ 一部負担金の差額支給	2 ☐ 業務上の事故
	13 ☐ 訪問看護			8 ☐ 限度額適用のため	3 ☐ その他
14 ☐ 移送費	9 ☐ 海外療養費	〔 〕			
23 ☐ 限度額適用					

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	支払帳票出力	通知

受 診 内 容	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5 年 1 月 15 日から 日まで 日間	☐ 入 院 ☒ 入院外
	（食事 回）	年 月 日装着	装 具 装 着 日
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和5 年 1 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				銀行 信用金庫 信用組合	淀屋橋	支 店
金融機関コード				1	☒ 普 通 預 金	2
口座番号（右詰めでご記入ください。）				店番号	2	2
フリガナ				（カタカナ）	コクホ	ハナコ
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 ☒ 申請 ・ ☒ 受領 を下記の受任者に委任します。	令和 5 年 4 月 1 日				
	氏 名	国保 一郎			住 所	同上
受任者	〒	530	－	0005	住所	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号
	（フリガナ）	コクホ ハナコ			世 帯 主 と の 関 係	
	氏 名	国保 花子			日中連絡の取れる電話番号	080 － 1111 － 2222
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。			

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用

（令和7年6月作成）