

# 国民健康保険療養費等支給申請書 (平成 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。

受付  
番号

申請者(世帯主)

申請日 令和 年 月 日



住所	〒 - 大阪市 区
フリガナ 氏名 又は 個人番号	電話 - -

※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
届出	年 月 日
証交付	年 月 日

被保険者記号番号		フリガナ
阪国		氏名
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 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・生活療養費	円
療養	円
一部負担金	円
支給決定額	円

食事・生活療養費差額	
460 260 (360 - 160) × 回 = 円	
(210 - 160) × 回 = 円	
(160 - 100) × 回 = 円	
長期該当日	年 月 日

申請 種 別	1 <input type="checkbox"/> 医科 (入院)	申 請 理 由	1 <input type="checkbox"/> 療養費払いのため	申 請 区 分	1 <input type="checkbox"/> 療養費
	2 <input type="checkbox"/> 医科 (入院外)		2 <input type="checkbox"/> 証の申請期間中のため		4 <input type="checkbox"/> 食費・生活療養費差額支給(※)
	5 <input type="checkbox"/> 歯科		3 <input type="checkbox"/> 食事・生活療養費の差額申請		5 <input type="checkbox"/> 移送(※)
	6 <input type="checkbox"/> 調剤		4 <input type="checkbox"/> 大阪府外受診のため		6 <input type="checkbox"/> 結核・精神
	7 <input type="checkbox"/> 装具		5 <input type="checkbox"/> その他 (急病等)		7 <input type="checkbox"/> 特別療養費(※)
	9 <input type="checkbox"/> 鍼灸		8 <input type="checkbox"/> 高齢者差額支給		
	10 <input type="checkbox"/> マッサージ		9 <input type="checkbox"/> 高齢者療養費追加支給		
	11 <input type="checkbox"/> 柔整		1 <input type="checkbox"/> 第三者行為		
	12 <input type="checkbox"/> その他		2 <input type="checkbox"/> 業務上の事故		
	13 <input type="checkbox"/> 訪問看護		3 <input type="checkbox"/> その他		
14 <input type="checkbox"/> 移送費					
23 <input type="checkbox"/> 限度額適用					
	6 <input type="checkbox"/> 一部負担金の差額支給	負傷等の原因			
	8 <input type="checkbox"/> 限度額適用のため				
	9 <input type="checkbox"/> 海外療養費				

決定	<input type="checkbox"/> 支給	処理欄
	<input type="checkbox"/> 不支給	

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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外
療養等の期間(装具は医師の所見日)	
年 月 日から 年 月 日まで 日間	装具装着日
(食事 回)	
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	
銀行 信用金庫 信用組合	支店	1 <input type="checkbox"/> 普通預金	
金融機関コード	店番号	2 <input type="checkbox"/> 当座預金	
口座番号(右詰めでご記入ください。)		3 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	
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 <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 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	
〒 - 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	<input type="checkbox"/> 保険証、免許証、マイナンバーカード等	
氏名	- -		
同意書兼 誓約書	<input type="checkbox"/> 大阪市長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。 <input type="checkbox"/> 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。		