

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

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

届 出

年

月

日

証 交 付

年

月

日

記 号 番 号

フリガナ

阪 国

氏 名

又は

個人番号

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

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）

2

☐ 医科（入院外）

5

☐ 歯科

6

☐ 調剤

7

☐ 装具

9

☐ 鍼灸

10

☐ マッサージ

11

☐ 柔整

12

☐ その他

13

☐ 訪問看護

14

☐ 移送費

23

☐ 限度額適用

申
請
理
由

1

☐ 療養費払いのため

2

☐ 証の申請期間中のため

3

☐ 食事・生活療養費の差額申請

4

☐ 大阪府外受診のため

5

☐ その他（急病等）

6

☐ 一部負担金の差額支給

8

☐ 限度額適用のため

9

☐ 海外療養費

申
請
区
分

1

☐ 療養費

4

☐ 食費・生活療養費差額支給（※）

5

☐ 移送（※）

6

☐ 結核・精神

7

☐ 特別療養費（※）

8

☐ 高齢者差額支給

9

☐ 高齢者療養費追加支給

負
傷
等
の
原
因

1

☐ 第三者行為

2

☐ 業務上の事故

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	支払帳票出力	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						
			銀 行 信用金庫 信用組合			支 店	1	☐	普 通 預 金			
							2	☐	当 座 預 金			
金融機関コード					店番号				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									☐ 免許証、マイ ナンバー カード等
	氏 名										－		－						
	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。																	