

(提出先)
大 阪 市 長

高額療養費支給申請書

(令和 5 年 6 月分)

記入例
(世帯主申請用)

下記のとおり申請します。また、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。(領収書を添付せず申請する場合、下記の誓約内容に問題が無ければ□に☑を記入してください。)

☒ 支給申請を行った高額療養費について、対象となる一部負担金は全て支払済みであることを誓約します。この誓約が事実と反する場合、高額療養費の過支給が行われた場合は返還することを承諾します。

※なお、無料低額診療事業や特定給付対象療養を受けた場合は必ずその旨をお申し出ください。また、区役所が領収書を提出と認めた場合は領収書を提示していただく必要があります。

受付
印

申請者（世帯主）

申請日

令和 5 年 5 月 15 日

受付番号

フリガナ

氏 名

国保 一郎

被保険者
記号番号

阪国

北

012345

生年月日

昭和
平成
令和

2

年

1

月

1

日

個人番号

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

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)

住 所

〒

530

—

0005

大阪市

北

区

中之島〇丁目〇番〇号

療養を受けた被保険者の氏名

個 人 番 号

国保 一郎

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

他の制度により自己負担額が無料または低額になっているもの

あり・なし

自己負担額

あり・なし

公費負担医療 ・ 医療助成制度

制 度 名

無料低額診療事業

医療機関が実施している事業など

医療機関名

ABC総合病院

第三者行為（交通事故等）又は業務上の事故

該 当 （ 第三者 ・ 業務上 ） ・ 非該当

第三者行為又は業務上の事故による傷病において診療を受けた医療機関等

名 称

大阪国保病院

所在地

大阪市中央区北浜〇—〇—〇

受領方法

口座振替（以下もご記入ください。）

上記高額療養費については、次の口座に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

中央

支店

1

普通預金

2

当座預金

金融機関
コード

1

1

1

1

店番号

2

2

2

3

貯蓄預金

口座番号(右詰めでご記入ください。)

フリガナ

コクホ イチロウ

8

8

8

8

8

8

口座名義

国保 一郎

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)

高額療養費に関する

申請・

受領 を下記の委任者に委任します。

令和

年

月

日

受任者

〒

(フリ

氏

同意書
誓約書

世帯主の方が、申請・受領する場合は【委任状】の記載は必要ありません。

本人確
るもの

、免許

イナン

ード等

受 付

金額確認

資格確認

申請書入力

□ 支 給

□ 不 支 給

処 理 欄

．．

．．

．．

．．

区分

世 帯 全 体

□ ア

□ イ

□ ウ

□ エ

□ オ

計算処理

審 査

支給区分等入力

支払帳票出力

70歳以上の世帯

□ 現Ⅲ

□ 現Ⅱ

□ 現Ⅰ

□ 一般

□ 適Ⅱ

□ 適Ⅰ

．．

．．

．．

．．

保 護 却 下

□ 該 当

□ 該 当

□ 非 該 当

□ 非 該 当

．．

．．

．．

．．

多 数 該 当

□ 該 当

□ 該 当

□ 非 該 当

□ 非 該 当

通 知

備

□ 75歳到達月特例対象
□ 成年後見人からの申請
□ 相続人からの申請

□ 別途、公金受取口座申出あり

．．

考

(提出先)
大 阪 市 長

高額療養費支給申請書

(令和 5 年 6 月分)

記入例
(代理人申請用)

下記のとおり申請します。また、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。（領収書を添付せず申請する場合、下記の誓約内容に問題が無ければ□に☑を記入してください。）

☒ 支給申請を行った高額療養費について、対象となる一部負担金は全て支払済みであることを誓約します。この誓約が事実と反する場合、高額療養費の過支給が行われた場合は返還することを承諾します。

※ 無料低額診療事業や特定給付対象療養を受けた場合は必ずその旨をお申し出ください。また、区役所が領収書を必ず確認した場合は領収書を提示していただく必要があります。

申請者（世帯主）

フリガナ											申請日	令和	5	年	5	月	15	日	受付番号				
氏 名	国保 一郎										被保険者 記号番号	阪国	北	012345									
											生年月日	昭和 平成 令和	2	年	1	月	1	日					
個人番号	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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)					
住 所	〒	530	—	0005	大阪市		北	区	中之島〇丁目〇番〇号														

領収書を提示せず申請される場合は、
こちらにチェックを入れてください。

療養を受けた被保険者の氏名										個 人 番 号											
国保 花子										1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

他の制度により自己負担額が無料または低額になっているもの										あり・なし										自己負担額										あり・なし									
公費負担医療 ・ 医療助成制度										制 度 名 : 無料低額診療事業																													
医療機関が実施している事業など										医 療 機 関 名 : ABC総合病院																													

第三者行為（交通事故等）又は業務上の事故										該 当 （ 第三者 ・ 業務上 ）										非該当									
第三者行為又は業務上の事故による傷病において診療を受けた医療機関等										名 称										大阪国保病院									
										所在地										大阪市中心区北浜〇—〇—〇									

受領方法										口座振替（以下もご記入ください。）										上記高額療養費については、次の口座に振替されるよう依頼します。																																																																															
振 込 先 金 融 機 関 名										第一国保										銀行 信用金庫 信用組合										中央										支店										預金種目																																																	
																																																		1										普通預金																																							
金融機関 コード										1										1										1										店番号										2										2										2										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										コクホ ハナコ																																																																															
9										9										9										9										9										9										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)										高額療養費に関する ☒ 申請 ・ ☒ 受領 を下記の受任者に委任します。																				令和										5										年										6										月										15										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										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)										コクホ ハナコ										日中連絡の取れる電話番号										妻										☒ 保険証、免許証、マイナンバーカード等																																																	
										氏 名										国保 花子										080																														—										1111										—										1111									
										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】にも記入願います。

受 付	金額確認	資格確認	申請書入力	☐ 支 給 ☐ 不 支 給										処 理 欄																			
計算処理	審 査	支給区分等入力	支払帳票出力	区分		世 帯 全 体										☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ																	
						70歳以上の世帯										☐ 現Ⅲ ☐ 現Ⅱ ☐ 現Ⅰ ☐ 一般 ☐ 適Ⅱ ☐ 適Ⅰ																	
				保 護 却 下		☐ 該 当										☐ 非 該 当																	
						多 数 該 当										☐ 該 当										☐ 非 該 当							
通 知	備	☐ 75歳到達月特例対象 ☐ 別途、公金受取口座申出あり																															
	考	☐ 成年後見人からの申請 ☐ 相続人からの申請																															