

医療機関等発行の領収書を添付することができない場合は、下記にご記入ください。

※「国民健康保険高額療養費申請手続きのご案内」のはがきをお持ちの場合は、その写しを添付することで、ご記入を省略できます。

診療年月	自己負担額	医療機関等（所在地に○）
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（ 都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（ 都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（ 都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（ 都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（ 都道府県）〕

~~~~~ ここから下は記入しないでください ~~~~~

| 【区担当者事務処理欄】                   |   | 一部負担金合計額 | 確認日 | 確認者名 |
|-------------------------------|---|----------|-----|------|
| <input type="checkbox"/> 給付記録 |   | 円        | ．．  |      |
| <input type="checkbox"/> 領収書  | 枚 | 円        | ．．  |      |
| 〔担当者補記欄〕                      |   |          |     |      |