

高額療養費支給申請書

(平成 年 月分)

(提出先)

大阪市長

受付印

次のとおり療養に要した費用の支給を明細書、領収書等を添付のうえ申請します。
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。

申請者 (世帯主)	申請日	令和 年 月 日	受付番号
フリガナ	被保険者 記号番号	阪国	
氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
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)	
住所	〒 大阪市 区		

療養を受けた被保険者の氏名	個人番号

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		
医療機関が実施している事業など	医療機関名		

第三者行為又は業務上の事故	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
	所在地

受領方法	口座振替 (以下もご記入ください。)
------	--------------------

上記高額療養費の支払いについては、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	4	貯蓄預金
口座番号(右詰めでご記入ください。)	フリガナ		
	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)	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 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) 氏名	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
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。		

受付	金額確認	資格確認	申請書入力	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ
				70歳以上の世帯	<input type="checkbox"/> 現Ⅲ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 適Ⅱ <input type="checkbox"/> 適Ⅰ
				保護却下	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
				多数該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
通知	備考	<input type="checkbox"/> 75歳到達月特例対象 <input type="checkbox"/> 成年後見人からの申請 <input type="checkbox"/> 相続人からの申請			