

# 大阪市医療助成費支給申請書（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・領収書を添えて申請します。また、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。併せて、本申請が受け付けられた月以降は、限度額超過分について、大阪市医療助成費支給申請書による払い戻しの手続きなく、自動的に支給額を算出・口座振替されること（自動償還）に同意します。

**申請内容に虚偽が判明した場合は、支給した助成費を返還していただくことがあります。**

**※以下、太線の枠内のみ楷書で丁寧に記入ください。**

申請者（子ども医療費助成の場合、独立している子ども以外は生計中心者である保護者が申請者になります。）

住所	〒		-							申請日	令和	年	月	日
	大阪市			区										
(フリガナ)											日中連絡が 取れる電話番号	-	-	
氏名											FAX番号	-	-	

※受給者が未成年者の場合には親権者又は未成年後見人、被成年後見人の場合には成年後見人による申請もできます。（例：大阪太郎 親権者 大阪花子）  
 ※申請者が成年後見人の場合は、登記事項証明書等の書類（コピー）を添付してください。

受診者

(フリガナ)																						
氏名											公費負担者番号	2	7	4								
生年月日	明・大・昭・平・令										医療証											
											受給者番号											
医療機関名											申請理由（該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。）											
											医療費の全額（10割）を負担したため											
											領収書枚数（ ） 枚	医療証の申請期間中のため										
申請金額 (保険適用分)	※保険適用金額－医療助成の自己負担額を記入										大阪府外で受診のため											
											急病のため											
											その他（ ）											
											同一診療月に支払った一部自己負担額の合計が限度額を超えたため											
											入院時の食事代											

上記の医療助成費の支給決定額を下記の口座に口座振替されるよう依頼します。

口座振替依頼欄		銀行 信用金庫 信用組合		支店	口座番号（右詰めで記入してください。）										
						口座番号（ゆうちょ銀行の方はこちらへ右詰めで記入してください。）									
						口座名義(カナ) ※姓と名の間はスペースを空けてください。									
種目（該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。）															
	普通預金	当座預金	貯蓄預金												

※申請者と口座名義(カナ)は同一人となるようにご記入ください。なお、成年後見人による申請の場合は、被成年後見人氏名の入った口座名義をご記入ください。

自動償還の有無

自動償還に同意されない場合は、右欄に  してください。

※同意される場合は、記載する必要はありません。

自動償還に同意しません

大阪市処理欄（以下記入不要）

受付番号

金額内訳	保険者決定額 (イ)	控除額(ロ)				一部自己負担額 (ハ)	差引支給決定額 (イ) - (ロ) - (ハ) + (ニ)	食事 (単価×回数) (ニ)
		保険者負担額	附加給付金	高額療養費	その他			
	円	円	円	円	円	円	× =	

審査欄	受付印欄	領収書確認欄	支給区分決定欄	システム入力確認欄	備考欄
		<input type="checkbox"/> 領収書確認	<input type="checkbox"/> 支給	<input type="checkbox"/> 入力確認	
		<input type="checkbox"/> 記入内容確認	<input type="checkbox"/> 不支給	<input type="checkbox"/> 帳票出力確認	