

記入例

大阪市医療助成費支給申請書 (平成 31 年 4 月分)

(提出先) 大阪市長

次のとおり療養に要した費用の...
所管する公的機関に必要な公簿を...
大阪市医療助成費支給申請書によ...

子ども医療の申請者は生計中心者です。多くの場合は、保護者のうち所得が高い方が生計中心者となりますが、不明な場合は各区医療助成担当にご確認ください。

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	〒 5 3 0 8 2 0 1	申請日	令和 元 年 5 月 1 日
大阪府	大阪市	北 区	中之島 1-3-20
(フリガナ)	オオサカ タロウ		
氏名	大阪 太郎		
	日中連絡が 取れる電話番号	0 6 - 6351 - 8200	
	FAX番号	0 6 - 6351 - 8220	

※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)	オオサカ タロウ			
氏名	大阪 太郎		公費負担者番号	8 0 2 7 4 0 1 5
生年月日	明・大・昭・平・令	30 年 1 月 29 日	医療証	受給者番号
医療機関名	〇〇病院		申請理由 (該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください。)	
申請金額 (保険適用分)	5,000 円		医療費の全額 (10割) を負担したため	
	領収書枚数 (2) 枚		医療証の申請期間中のため	
			大阪府外で受診のため	
			急病のため	
			その他 ()	
			<input checked="" type="checkbox"/> 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	

「医療機関名」と「申請金額」欄は記載不要。

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	大阪	銀行	中之島	支店	口座番号 (右詰めで記入してください。)
		信用金庫			1 2 3 4 5
		信用組合			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。)
	種目 (該当するものを選択 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	<input type="checkbox"/> 貯蓄預金	オオサカ タロウ	

自動償還を希望されない場合は してください。

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

【申請に必要なもの】

- ①大阪市医療助成費支給申請書
- ②病院・薬局などの領収書原本 (保険給付を受けるために健康保険へ原本を提出する場合は写し可)
- ③預金通帳の写しなど、振込先が確認できるもの
- ④健康保険等から発行される療養費の支給 (決定) 通知書 ※療養費等の給付を受けた場合のみ
- ⑤医師の意見書兼装着証明書もしくは作成指示書の写し
※治療上必要と認められた補装具、小児弱視の治療用眼鏡等の費用を支払った場合のみ
- ⑥医療機関から発行される明細書 ※入院にかかる費用を支払った場合のみ