

**記入例**

大阪市医療助成費支給申請書 (平成 2 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支拂に必要となる公費の支拂に必要となる公費を照会・閲覧します。

**こども医療の申請者は生計中心者です。多くの場合は、父・母（その他子を監護する者）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。**

制度を所管する事務の送付に使用

申請内容に虚偽が判明した場合は、支給停止となります。  
※以下、太線の枠内のみ楷書で丁寧に申請者

|        |                         |              |                  |
|--------|-------------------------|--------------|------------------|
| 住所     | 〒 5 3 0 - 8 2 0 1       | 申請日          | 令和 元 年 5 月 1 日   |
|        | 大阪市 北 区 中之島 1 - 3 - 2 0 |              |                  |
| (フリガナ) | オオサカ タロウ                | 日中連絡が取れる電話番号 | 06 - 6351 - 8200 |
| 氏名     | 大阪 太郎                   | FAX番号        | 06 - 6351 - 8220 |

※こども医療費助成の場合、独立しているこ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。  
※こども医療費助成以外で受診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(写し)を添付してください。

**受診者**

|        |                  |         |       |
|--------|------------------|---------|-------|
| (フリガナ) |                  | 公費負担者番号 | 2 7 4 |
| 氏名     |                  | 医療証     |       |
| 生年月日   | 大・昭・平・令<br>年 月 日 | 受給者番号   |       |

申請理由 (該当する理由に☑をしてください。複数理由がある場合は、該当する理由全てに☑をしてください。)

|                                     |                                                                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | 医療費の全額(10割)を負担したため<br>(海外での受診・治療用器具・小児用弱視眼鏡の費用も該当します。ご加入の健康保険に療養費の申請をし、支給決定通知を添付して申請してください。) |
| <input type="checkbox"/>            | 医療証の申請期間中のため<br>※後日医療証を提示したことにより医療機関等から返金を受けた場合は、本申請を取り下げてください。                              |
| <input type="checkbox"/>            | 大阪府外での受診のため                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 同一診療月に負担した一部自己負担額の合計が月の負担上限額を超えたため                                                           |
| <input type="checkbox"/>            | 入院時の食事代(食事資格がある方のみ)<br>(限度額適用・)標準負担額減額認定証の写しを添付してください。証の交付がない場合は、所得区分照会にかかる回答書を添付してください。     |
| <input type="checkbox"/>            | 急病のため<br>(やむを得ず、医療証を提示できずに受診した場合に該当します。)                                                     |
| <input type="checkbox"/>            | その他※具体的な理由を記載してください。<br>( )                                                                  |

上記の申請に基づき決定した医療助成費を下記の口座に口座振替されるよう依頼します。

※医療助成費は、保険適用の医療費(自費は医療助成費の対象外)に対して自己負担額を差引いて支給します。

※自動償還の登録をされている方で、現在登録している口座と下記口座が異なる場合は、自動償還の登録口座も下記口座に変更いたします。

|                                     |                       |                                  |               |                          |      |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|------|
| 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。)              | 1 2 3 4 5     |                          |      |
|                                     | 信用金庫 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☑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。    | オ オ サ カ タ ロ ウ |                          |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 普通預金                  | <input type="checkbox"/>         | 当座預金          | <input type="checkbox"/> | 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、成年後見人には適用されません。

**自動償還の同意**

本申請が受け付けられた月の属する診療月以降は、月の負担上限額を超えた場合、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。

**自動償還を希望しない場合は☒してください。**

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

**【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
- ⑦(限度額適用・)標準負担額減額認定証の写し(食事資格がある方で入院時の食事代を申請する場合)  
※証の交付がない場合は所得区分照会にかかる回答書