医療助成費の申請書ご記入にあたって

【大阪市の医療費助成】

◆重度障がい者医療助成
◆ひとり親家庭医療助成
◆こども医療費助成

【助成の目的】

障がいのある方やひとり親家庭の方の健康保持及び生活の安定やこどもの健全な育成を目的として、医療費の一部を助成しています。

【対象となる医療費】

医科・歯科での保険診療(薬代を含む)、治療用装具など

※入院時室料差額や容器代など、保険外診療は含みません。

【助成の方法】

医療機関の窓口では、健康保険の資格確認ができるものとともに、医療証を（他の公費医療を受けている場合は、その受給者証も）提示してください。

【申請による払い戻し】

府外での受診や急病など、やむを得ず医療証を提示できずに受診した場合は、**払い戻し申請が必要**です。

申請書ご記入にあたって、ご用意いただくもの

必ず必要なもの

・申請用紙
・領収証【原本】
・振込先が確認できるもの
　（通帳の見開きページのコピーなど）
・医療証
（医療証は、封筒には入れないでください。）

左記のほか、***必要に応じてご用意いただくもの***

・**健康保険等発行の支給（決定）通知書・・・療養費等の支給を受けた場合**
・医師の意見書兼装着証明書（写し）・・・・治療用装具の費用を支払った場合
・医師の作成指示書（写し）・・・・・・・・・小児弱視治療用眼鏡
・医療機関発行の診療内容明細書・・・・・入院の場合
・標準負担額減額認定証（写し）・・・・・・入院時の食事代
　※標準負担額減額認定証の交付がない場合、所得区分照会にかかる回答書

① 診療年月欄

診療年月ごとに分けてご記入ください。

② 申請者欄

※こども医療の申請者は、生計中心者です。
　多くの場合、子を監護する者のうち、所得の高い方ですがご不明な場合は、医療証の発行機関にお問い合わせください。

③ 申請理由欄

当てはまる理由に☑してください。
※いずれにも当てはまらない場合は、その他の欄に具体的な理由を書いてください。

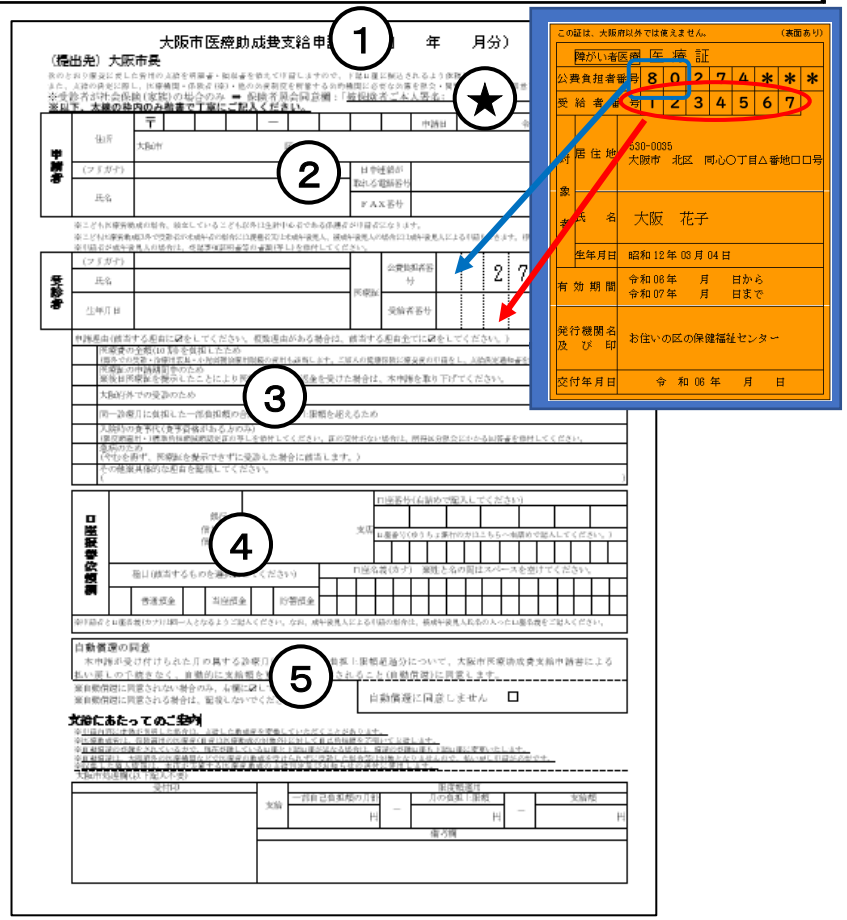
④ 口座振替依頼欄

金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義を、もれなく正しくご記入ください。
ゆうちょ銀行の場合は、通帳見開き１ページ目上段に記載の記号・番号を口座番号欄へ、最下段に記載の店名を支店名欄へご記入ください。

⑤ 自動償還の同意について

自動償還を希望しない場合のみ、☑してください。
自動償還を登録する場合は、記入不要です。
※同意した場合、申請を受け付けた日の属する診療月から、自動償還を開始します。（月の上限額を超えた場合のみ）

★　受診者が社会保険家族の場合、「保険者照会同意欄」に被保険者ご本人の署名をお願いします。



のりしろ

のりしろ

のりしろ

のりしろ

のりしろ

① 点線に沿って、山折りしてください。

②点線に沿って山折りしてください。

③点線に沿って山折りしてください。

④ 点線に沿って、山折りしてください。

切手を貼ってください

〒530-0035
大阪市　北区　同心　1−5−27
北区北総合福祉センター3 階

大阪市医療費助成等償還事務センター　あて

住所	
氏名	