

記入例

大阪市医療助成費支給申請書（令和 6 年 6 月分）

（仮口元）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ので、下記口座に振込されるよう依頼します。
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。

※受診者が社会保険（家族）の場合のみ→ 保険者照会同意欄：「被保険者ご本人署名： _____」

受診者が、社会保険にご加入かつ被保険者の家族（被扶養者）の場合のみ、被保険者ご本人がご署名ください。保険者に診療情報等の照会を行う際に、使用します。

申請者	大阪市長	6 年 7 月 1 日
	（フリガナ）オオサカ タロウ	20
氏名	大阪 太郎	日中連絡が取れる電話番号 06 - 6351 - 8200 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。

受診者	（フリガナ）オオサカ タロウ	公費負担者番号 8 0 2 7 4 0 1 5
	氏名 大阪 太郎	医療証
生年月日	大・昭・平・令 30 年 1 月 29 日	受給者番号 1 2 3 4 5 6 7

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（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 ※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） （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 （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。 (_____)

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
	種目（該当するものを選択☑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。） 1 2 3 4 5 - 1 2 3 4 5 6 7 8
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	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

※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。

自動償還を希望しない場合のみ、☑をしてください。

※自動償還に同意されない場合のみ、右欄に☑をしてください。
※自動償還に同意される場合は、記載しないでください。

自動償還に同意しません

【申請に必要なもの】◆は必須、◇は内容によって必要になるもの

- ◆大阪市医療助成費支給申請書
- ◆病院・薬局などの領収書原本（受診者名・保険点数などの記載があるもの）
- ◆振込先が確認できるもの（預金通帳の写しなど）
- ◇健康保険等から発行される支給（決定）通知 ◆ご加入の健康保険等から療養費等の支給を受けた場合
- ◇医師の意見書と装着証明書（小児弱視の治療用眼鏡の場合は作成指示書）の写し
◆治療用器具や小児弱視の治療用眼鏡を作成した場合
- ◇病院など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
- ◇健康保険から発行される（限度額適用・）標準負担額減額認定証の写し
※（限度額適用・）標準負担額減額認定証の交付がない場合は所得区分照会にかかる回答書
◆入院時食事代の助成資格がある方で、食事代を申請する場合