大阪市医療助成費支給申請書（平成 令和　　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。収集した個人情報は、本市が実施する医療費助成の支給判定及びお知らせの送付にします。

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ご記入ください。

申請者

住所	〒				―					申請日	令和		年		月	日
	大阪市				区											
(ﾌﾘｶﾞﾅ)									日中連絡が取れる電話番号			－			－	
氏　名									ＦＡＸ番号			－			－	

※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

(ﾌﾘｶﾞﾅ)		医療証	公費負担者番号	2 7 4
氏　名				
生年月日	明・大・昭・平・令 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。）

	医療費の全額（10割）を負担したため （海外での受診・治療用装具・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。）
	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。
	大阪府外での受診のため
	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
	入院時の食事代（食事資格がある方のみ）
	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。）
	その他※具体的な理由を記載してください。 （　　）

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	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。） ―
	種目（該当するものを選択☑してください。） 普通預金　当座預金　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。

※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。

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）

受付印欄	支給	限度額適用				
		一部自己負担額の月計		月の負担上限額		支給額
		円	－	円	＝	円
	備考欄					

令和４年３月作成