

〒

大阪市 区

様

大阪市保健所管理課

TEL 06-6647-0650

養育医療自己負担金のお知らせ

大阪市へ納付していただく自己負担金は、次のとおりです。
別添の「納入通知書」により、市役所・区役所・お近くの金融機関（郵便局は除く）で
令和 年 月 日までに必ず納付してください。

記

未熟児受給者番号	
医療助成受給者番号	
受領者氏名	
申請者氏名	
自己負担基準月額	円
診療年月	令和 年 月 分

入院日数	日	入院期間	日～日	支払決定額	円
医療機関名					

診療明細	入院詳細	総額	健康保険 負担額	養育医療 負担額	こども ひとり親 重度障がい者 助成額	医療	一部自己負担額
医療費	日	円	円	円		円	円
食費	回	円	円	円		円	円
合計		円	円	円		円	円