

国民健康保険療養費等支給申請書

平成
令和

2

年

1

月分

記入例

(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・領収書等を添えて申請します。支給の決定に際し、必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

※以下、太線の枠内のみご記入ください。

申請者(世帯主)

申請日

令和

2

年

4

月

15

日

番号

受付印

住所	〒	530	ー	0005	大阪市	北	区	中之島〇丁目〇番〇号					
フリガナ	コクホ イチロウ							電話	090	ー	0000	ー	0000
氏名 又は 個人番号	国保 一郎							電話	※必ずご記入ください (日中連絡の取れる電話番号)				

※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

受診者

給付開始	年	月	日	被保険者記号番号	フリガナ	コクホ ハナコ										
届出	年	月	日	阪国	北	012345	氏名	国保 花子								
証交付	年	月	日	生年月日	昭和	平成	令和	2	年	1	月	1	日	又は 個人番号		

※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

査定		申請理由		申請区分	
食事・生活療養	円	1 ☐ 医科(入院)	1 ☒ 療養費払いのため	1 ☒ 療養費	
療養	円	2 ☒ 医科(入院外)	2 ☐ 証の申請期間中のため	4 ☐ 食費・生活療養費差額支給(※)	
一部負担金	円	5 ☐ 歯科	3 ☐ 食事・生活療養費の差額申請	5 ☐ 移送(※)	
支給決定額	円	6 ☐ 調剤	4 ☐ 大阪府外受診のため	6 ☐ 結核・精神	
		7 ☐ 装具	5 ☐ その他(急病等)	7 ☐ 特別療養費(※)	
		9 ☐ 鍼灸	〔 〕	8 ☐ 高齢者差額支給	
		10 ☐ マッサージ		9 ☐ 高齢者療養費追加支給	
食事・生活療養費差額		11 ☐ 柔整	6 ☐ 一部負担金の差額支給	1 ☐ 第三者行為	
460 (360 - 210) × 260 100	回 = 円	12 ☐ その他	8 ☐ 限度額適用のため	2 ☐ 業務上の事故	
(210 - 160) × 100	回 = 円	13 ☐ 訪問看護	9 ☐ 海外療養費	3 ☐ その他	〔 〕
(160 - 100) × 長期該当日	回 = 円	14 ☐ 移送費			
	年 月 日	23 ☐ 限度額適用			

決定	☐ 支給	処理欄
	☐ 不支給	

受付	資格確認	申請書入力	審査
審査区分等入力	支給区分等入力	支払額票出力	通知

診療を受けた医療機関等			
名称	大阪国保病院	所在地	大阪市北区淀屋橋〇ー〇ー〇
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名	傷病名	☐ 入院	
療養 太郎	急性気管支炎 等	☒ 入院外	
療養等の期間(装具は医師の所見日)	装具装着日		
令和2年 1 月 15 日から 日 まで 日間	年 月 日 装着		
(食事 回)			
発病又は負傷の年月日	療養等に要した費用		
令和2年 1 月 14 日	10,000 円		

上記療養費等の支払については、次の口座に口座振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名				預金種目			
第一国保				銀行	信用金庫	信用組合	支店
金融機関コード				1	1	1	1
店番号				2	2	2	2
口座番号(右詰めでご記入ください。)				フリガナ			
3				3			
3				3			
3				3			
口座名義				コクホ ハナコ			
国保 花子							

委任状		(世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)					
委任者(世帯主)	療養費に関する ☒ 申請・ ☒ 受領	を下記の受任者に委任します。					
氏名	国保 一郎	住所	同上				
〒	530	ー	0005				
住所	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号						
(フリガナ)	コクホ ハナコ						
氏名	国保 花子	日中連絡の取れる電話番号	080	ー	1111	ー	2222
同意書兼 誓約書	☒ 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。						
	☒ 委任者の意思に基づかず申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。						

世帯主以外の方が申請・受領する場合は【委任状】に記入願います。