



高額療養費支給申請にかかる申立書（同意書）

令和 年 月 日

（提出先）大阪市長

申立人（世帯主）

被保険者記号 阪国（ ）

被保険者番号

住 所 大阪市 区

氏 名

受診者氏名

私が申請する高額療養費について、受診者氏名に
かかる医療機関等発行の領収書を添付することができないため、以下の
ことを申立てるとともに同意します。

（１）申立内容

年 月分～ 年 月分の医療費について、医
療機関等へ一部負担金支払が完了していることに間違いありません。

（２）同意事項

- ・（１）の一部負担金支払について、大阪市から医療機関等へ照会する
ことについて同意します。
- ・（１）の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額
療養費を返還することに同意します。

医療機関等発行の領収書を添付することができない場合は、下記にご記入ください。

※「国民健康保険高額療養費申請手続きのご案内」のはがきをお持ちの場合は、その写しを添付することで、ご記入を省略できます。

診療年月	自己負担額	医療機関等（所在地に○）
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（都道府県）〕
平成・令和 年 月	円	名称 所在地〔大阪府・その他（都道府県）〕

~~~~~ ここから下は記入しないでください ~~~~~

|                               |   |          |     |      |
|-------------------------------|---|----------|-----|------|
| 【区担当者事務処理欄】                   |   | 一部負担金合計額 | 確認日 | 確認者名 |
| <input type="checkbox"/> 給付記録 |   | 円        | . . |      |
| <input type="checkbox"/> 領収書  | 枚 | 円        | . . |      |
| 〔担当者補記欄〕                      |   |          |     |      |