



高額療養費支給申請書

公費医療証(老人・障害・ひとり親・子ども)をお持ちのかたは、該当するところに○を付けてください。老・障・ひ・子

被保険者証記号・番号		東大 国		—		診療月		年		月		診療分	
										第三者行為の有無		有 ・ 無	
療養を受けた者の氏名													
生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日							
個 人 番 号													
療養を受けた		所 在 地											
医 療 機 関 等		名 称											
		入院 ・ 外来				入院 ・ 外来							
被 保 険 者 証 の 区 分		一 般		退 職		一 般		退 職					

振込指定金融機関	銀行・信金		店番 ()	フリガナ	
	信組・農協		支店	名 義 人 名	
口座種別・番号	普通・当座・貯蓄	No.		氏 名	
上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼(承諾)します。					
令和 年 月 日 住所 申請者 (世帯主) 氏 名					
あて先(東大阪市長) 電 話 番 号 ()					

受付印	75歳到達月		前期高齢者負担区分 一定以上/ 一般/ 低Ⅱ/ 低Ⅰ				
			収納状況 区分 ア・イ・ウ・エ・オ			多 数	該 ・ 非
高額療養費算出基礎	決定点数	公費点数	一部負担金	薬剤一部負担金	支給済分	自己負担額	高額療養費

