

【「療養費支給申請総括票(Ⅱ)」の記載方法】

- ・ 国民健康保険については、本人・家族別に記入してください。
後期高齢者医療については、本人欄に記入してください。
公費負担医療についても本人・家族別に記入し、費用額の欄には公費負担医療の対象金額ではなく、合計金額(10割分)を記入してください。
- ・ 月遅れ分の申請書(返戻の再請求分を含む)も当月分の総括票(Ⅱ)に合算して記入してください。

令和 年 月分

療養費支給申請総括票(Ⅱ)

後期高齢者医療の場合は、保険者名は「大阪府後期高齢者医療広域連合」です。

提出年月を記入

令和 年 月分

保険者 名 _____

保険者 番号 _____

(請求者) 登録記号番号 _____ - _____ - _____

施 術 管 理 者 _____

施 術 所 名 _____

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

1. 後期高齢者医療の場合は、39270004

2. 大阪市・堺市については区毎ではなく、市としてまとめて作成し、下記の番号を記入ください。

・大阪市

00(一般) … 00274001

80(重度障がい者医療) … 80274004

82(ひとり親家庭医療) … 82274002

86(乳幼児医療) … 86274008

・堺市

00(一般) … 00275008

80(重度障がい者医療) … 80275001

82(ひとり親家庭医療) … 82275009

86(乳幼児医療) … 86275005

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	件	円	円	円
	家族				
※決定	本人				
	家族				
※返戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
※誤算	本人				
	家族				
※増減	本人				
	家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。