様式第13号

記　入　見　本
（高額療養費請求のみ申請する場合）

員	給付額決定年月日		令和　　年　　月　　日	
	基準日 所得区分	一般・低Ⅱ・低Ⅰ	支給額	

高額療養費（外来年間合算）支給請求書兼自己負担額証明書交付申請書（　枚中の　枚）

■ 大阪市職員共済組合に高額療養費（外来年間合算）の請求をする　　□ 他の医療保険者に請求するため自己負担額証明書の交付申請をする
※自己負担額証明書の交付申請の場合は両方ともにチェックを付けてください。

組合員記入欄

申請対象年度	令　○年度	対象となる計算期間	令　○年　○月　○日から令　○年　○月　○日まで
組合員の記号・番号	○○　―　○○○○○○○	所属所名称	○○○○局
フリガナ	キョウサイ　タロウ	生年月日	昭・平　○年　○月　○日 生
申請者氏名	共　済　　太　郎	大阪市職員共済組合加入期間	昭・平・令　○年　○月　○日から 昭・平・令　○年　○月　○日まで
※1　計算期間の末日に加入する保険者の名称			

振込口座記入欄 ※計算期間の末日に加入する保険者が当共済組合の場合は記入不要	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号（右詰め）
	銀　行 金　庫 組　合	支　店 出張所	普通預金 当座預金	
	口座名義	フリガナ		

※2 保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号 ※自己負担額が0円の場合は「不要」と記載
1	○○○○健康保険組合	平・令　○年　○月　○日から 平・令　○年　○月　○日まで	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
2		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	
3		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	

フリガナ	キョウサイ　ハナコ	生年月日	昭・平・令　○年　○月　○日 生
被扶養者氏名	共　済　　花　子	大阪市職員共済組合加入期間	昭・平・令　○年　○月　○日から 昭・平・令　○年　○月　○日まで

※3 保険者加入歴	保険者名	加入期間	区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載
1	○○○○健康保険組合	平・令　○年　○月　○日から 平・令　○年　○月　○日まで	組合員（被保険者） 被扶養者	不要
2		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員（被保険者） 被扶養者	
3		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員（被保険者） 被扶養者	

※対象となる被扶養者が複数名いる場合は裏面に記載してください。

上記のとおり、請求します。　　令和　○○　年　○○　月　○○　日

組合員
住　所　大阪市○○区○○○町○・○○・○○
氏　名　共　済　　太　郎
連絡先（電話番号）　○○・○○○○・○○○○

大阪市職員共済組合理事長あて

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。　令和　　年　　月　　日

所属機関の長
又は所属所長

所属所（市長部局にあっては総務事務センター）において証明しますので、記入する必要はありません。

受付印

対象となる被扶養者が複数名いる場合はこちらに記入してください。

組合員記入欄

フリガナ			生年月日	昭・平・令　年　月　日 生	
被扶養者氏名			大阪市職員共済組合加入期間	昭・平・令　年　月　日から 昭・平・令　年　月　日まで	
※3 保険者加入歴		保険者名	加入期間	区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載
	1		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	2		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	3		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	

フリガナ			生年月日	昭・平・令　年　月　日 生	
被扶養者氏名			大阪市職員共済組合加入期間	昭・平・令　年　月　日から 昭・平・令　年　月　日まで	
※3 保険者加入歴		保険者名	加入期間	区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載
	1		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	2		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	3		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	

フリガナ			生年月日	昭・平・令　年　月　日 生	
被扶養者氏名			大阪市職員共済組合加入期間	昭・平・令　年　月　日から 昭・平・令　年　月　日まで	
※3 保険者加入歴		保険者名	加入期間	区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載
	1		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	2		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	3		平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	

ご記入時の注意事項

(1) 申請対象年度及び対象となる計算期間について

○申請対象年度は、対象となる計算期間の初日の属する年度を記入してください。
(例)計算期間の初日が令和5年8月1日の場合は令和5年度と記入する。

○対象となる計算期間は、対象年度の8月1日～翌年7月31日までを記載してください。
(例)令和5年度分の申請の場合は令和5年8月1日～令和6年7月31日。

(2) 申請者に係る記入欄について

○自己負担額証明書交付申請の場合、**※1**について記入してください。 **※2**の記入は不要です。
○外来年間合算の支給申請のみの場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請)、**※2**について記入してください。 **※1**の記入は不要です。
※2の加入期間における、自己負担が0円の場合は、自己負担額証明書の添付は不要です。(加入期間は記入してください。)
その際の自己負担額証明書整理番号欄には「不要」と記入してください。
○振込口座がゆうちょ銀行の場合、支店名には通帳の記号の2～3桁目と8を記入し、預金種別には普通預金を選んでください。

(3) 被扶養者に係る記入欄について
○被扶養者の欄については、計算期間の末日において在籍している被扶養者について記入してください。
○自己負担額証明書交付申請の場合、**※3**の記入は不要です。
○外来年間合算の支給申請のみの場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請)、**※3**について記入してください。 **※1**の記入は不要です。
※3加入期間における、自己負担が0円の場合は、自己負担額証明書の添付は不要です。(加入期間は記入してください)
その際の自己負担額証明書整理番号欄には不要と記入してください。

(4) その他
記入欄が足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その際は申請書右上の(　枚中の　枚)に全体の枚数と何枚目かを記載してください。