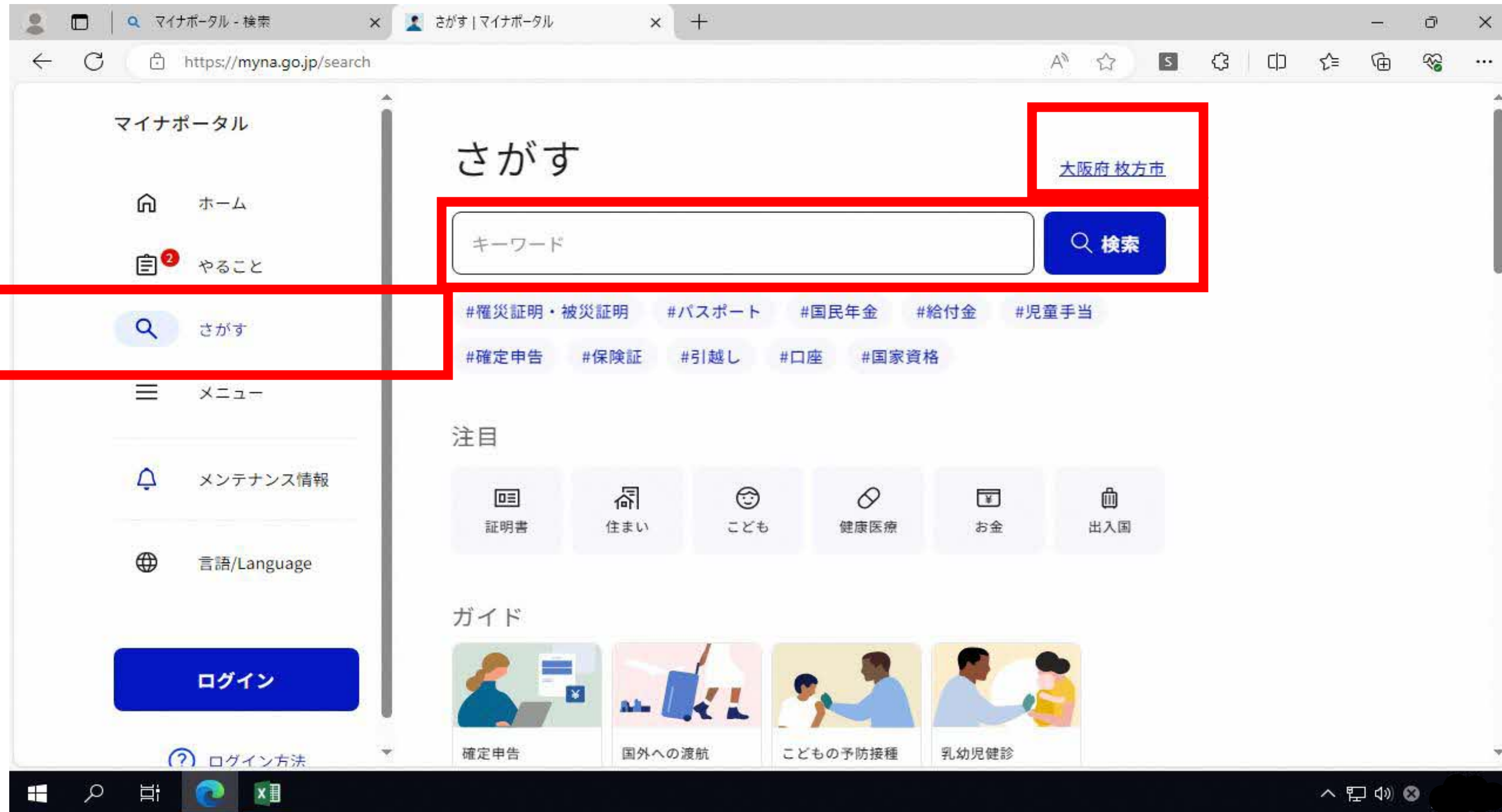


・インターネットで「マイナポータル」を検索

・左のメニューから「さがす」

・右上のところで「大阪府 枚方市」を設定

・キーワードを「傷病届」で検索



[← 申請ナビ](#)

大阪府枚方市

医療券の申請（完了率：0%）

step1 step2 step3（入力不要） step4 step5
申請者情報入力 申請情報入力 決済情報入力 入力内容確認 添付書類登録
step6
電子署名・送信・印刷

step1 申請者情報入力

申請者の情報を入力してください

iPhoneの場合、「コンテンツブロッカー」がオンになっていると、以下の「郵便番号」が入力できません。iPhoneの設定でオフにしてください。
（設定→Safari→コンテンツブロッカー→オフ）

マイナンバーカードを使って、自動入力ができます。

☒ **マイナンバーカードで自動入力**

氏名（漢字又はアルファベット） 必須

※住民票記載の氏名を全角文字で入力してください。
※姓名の間には空白を入れてください。
（例）山田 花子、JOHN SMITH

山田 花子

氏名（フリガナ） 必須

※住民票記載の氏名（フリガナ）を全角文字で入力してください。
※姓名の間には空白を入れてください。
(例) ヤマダ ハナコ

ヤマダ ハナコ

生年月日 必須

平成:

1989

12月

1日

性別 必須

☒ 男性

☐ 女性

☐ 非選択

郵便番号

ハイフンなしで記入してください。

5730027

郵便番号から自動入力

現住所 必須

都道府県

※住民票記載の都道府県を全角文字で入力してください。

大阪府

市区町村

※住民票記載の市区町村を全角文字で入力してください。

枚方市

番地以下

※住民票記載の番地以下を全角文字で入力してください。

大垣内町 2 - 1 - 2 0

連絡先

電話番号 必須

半角数字で入力してください。

0728411221

メールアドレス

半角英数字で入力してください。
※小文字のメールアドレスのみに対応。

hogo@city.hirakata.osaka.jp

メールアドレス（確認用）

入力した内容が間違っていないかご確認のため、もう一度入力ください。

hogo@city.hirakata.osaka.jp

mposs@mail.oss.myna.go.jpより確認のメールを送信します。

※ドメイン指定受信を設定されている方は「@mail.oss.myna.go.jp」からのメールを受信できるように指定してください。

連絡先に誤りがあると、自治体からの連絡が届かない場合があります。

次へすすむ

[← 申請ナビ](#)

大阪府枚方市

医療券の申請（完了率：20%）

step1	step2	step3（入力不要）	step4	step5
申請者情報入力	申請情報入力	決済情報入力	入力内容確認	添付書類登録
step6				
電子署名・送信・印刷				

step2 申請情報入力（残り1画面）

山田 花子さんの申請です。

保護変更申請書（傷病届）

保護変更申請書（傷病届）

【生活保護の停止廃止に伴う医療券の扱いについての確認事項】

生活保護を停止・廃止した場合、その日以降（停止日・廃止日）の医療費は自己負担となります。そのため本申請を行っていても、受診日時点で生活保護が停止・廃止となった場合は基本的には自己負担となります。

【小中学生のお子さんについての確認事項】

小学生・中学生のお子さんが次の病気で通院する場合は、通学している学校で学校医療券を受け取ってください。

虫歯・結膜炎（アレルギー性結膜炎除く）・中耳炎・トラコーマ・寄生虫病・はくせん・かいせん・のうかしん・慢性副鼻腔炎（アレルギー性副鼻腔炎除く）・アデノイド

【受診日についての確認事項】

医療券の発行が出来ない、若しくは確認する必要がある場合等にご連絡させていただくことがあります。

翌月受診分を申し込んだ場合は仮受付となり、受付内容に問題なければ医療券が翌月の20日ごろに受診先医療機関宛に発行されます。

受診日が選択できない場合はケースワーカーへご連絡ください。

【当日受診の方へのご案内】

医療券の発行に数日時間を要しますので、その旨、医療機関等に伝えてください。

また、医療券の発行が出来ない若しくは確認する必要がある場合にはご連絡させていただくことがあります。

この手続きをする方
申請者情報

氏名 必須

山田

花子

ふりがな（氏）（名） 必須

やまだ

はなこ

生年月日 年号（和暦）年 必須

平成

1

月日 必須

12

1

住所 郵便番号

ハイフンなし、半角

5730027

郵便番号から自動入力

市区町村 番地 必須

枚方市

大垣内町 2 -

建物名・部屋番号

枚方市役所別館 1 階

連絡先電話番号 必須

ハイフンなし、半角

0728411221

FAX番号

ハイフンなし、半角

0728411234

メールアドレス

小文字のメールアドレスのみ

hogo@city.hirakata.osaka.jp

確認事項

- ・医療券は受診する医療機関へ送付されます。 必須

☐ 確認しました。

- ・このページの冒頭【生活保護の停止廃止に伴う医療券の扱いについての確認事項】を確認してください。 必須

☐ 確認しました。

- ・同じ症状を複数の医療機関で診てもらうことはしないでください（紹介状を持参する場合を除く） 必須

☐ 確認しました

- ・受診者が病院を受診する日時点の年齢が6～15歳（小学生・中学生）の場合、このページの冒頭【小中学生のお子さんについての確認事項】に記載がある病気で通院する場合は、本申請ではなく、通学している学校で学校医療券を受け取ってください。 必須

☐ 確認しました。

受診者①の方の区分

※ 受診する方について 必須

- ☒ 申請者本人
- ☐ 同居家族
- ☐ それ以外

受診する医療機関と受診理由等①

医療機関の名称 必須

枚方病院

医療機関の電話番号 必須

ハイフンなし、半角

0728411221

医療機関の住所 郵便番号

ハイフンなし、半角

5731111

郵便番号から自動入力

医療機関の都道府県 市区町村

枚方市

町名 番地以下（番地・号まで記入）

楠葉朝日

1-1-1

受診する科の種類 必須

- ☒ 医科
- ☐ 歯科

医科受診の場合の詳細 必須

☒ 精神科

☐ 結核

☐ その他

受診理由 必須

☐ 毎月等の定期的な通院

☒ その他

※受診理由「その他」の内容を記入してください 必須

しんどい

健康保険証（国民健康保険・後期高齢者医療証・こども医療証を除く）を持っていますか？ 必須

☒ 健康保険証を持っている

☐ 健康保険証を持っていない

その健康保険証を、これまでに生活福祉課へ提示していますか？ 必須

☐ はい

☒ いいえ

・次の画面で健康保険証の表面の画像を添付してください。
画像が添付できない場合は、本申請は仮受付となり、この時点では医療券は発行されませんので、後日必ず健康保険証を生活福祉課へ提示していただき、そののちに医療券を発行いたします。 必須

☐ 確認しました

・医療機関等を受診する際は、医療券は生活福祉課から送付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してください。 必須

☐ 確認しました

受診者①の方の受診日について

受診日 必須

カレンダー(2024年07月04日～2024年09月07日)

2024/08/18

※ この画面の上部にある【受診日についての確認事項】の内容を確認の上、チェックしてください。 必須

☐ 確認しました。

受診者を追加しますか？

☐ 追加する

次へすすむ

↓ 入力中の申請データを保存する

◀ 戻る

デジタル庁

[← 申請ナビ](#)

大阪府枚方市

医療券の申請（完了率：**40%**）

step1

申請者情報入力

step2

申請情報入力

step3（入力不要）

決済情報入力

step4

入力内容確認

step5

添付書類登録

step6

電子署名・送信・印刷

step4 入力内容確認

入力内容に誤りがないか確認してください

申請者情報

氏名（漢字又はアルファベット）

山田 花子

氏名（フリガナ）

ヤマダ ハナコ

生年月日

19891201

性別

男性

郵便番号

5730027

現住所

大阪府枚方市大垣内町 2 - 1 - 2 0

[次へすすむ](#)

メールアドレス

hogo@city.hirakata.osaka.jp

[訂正する](#)

保護変更申請書（傷病届）

申請日

申請日

令和6年 8月 18日

申請者情報

氏名

山田 花子

[訂正](#)

ふりがな（氏）（名）

やまだ はなこ

[訂正](#)

生年月日 年号（和暦）年

平成 1

[訂正](#)

月 日

12 1

[訂正](#)

住所 郵便番号

5730027

[訂正](#)

市区町村 番地

枚方市 大垣内町 2 - 1 - 2 0

[訂正](#)

建物名・部屋番号

枚方市役所別館 1 階

[訂正](#)

連絡先電話番号

0728411221

[訂正](#)

FAX番号

0728411234

[訂正](#)

メールアドレス

hogo@city.hirakata.osaka.jp

[訂正](#)

確認事項

・医療券は受診する医療機関へ送付されます。

確認しました。

訂正

・同じ症状を複数の医療機関で診てもらうことはしないでください（紹介状を持参する場合を除く）

確認しました

訂正

・受診者が病院を受診する日時点の年齢が6～15歳（小学生・中学生）の場合、このページの冒頭【小中学生のお子さんについての確認事項】に記載がある病気で通院する場合は、本申請ではなく、通学している学校で学校医療券を受け取ってください。

確認しました。

訂正

受診者①の方の区分

※ 受診する方について
申請者本人

訂正

受診者①の方の情報（同居家族）

氏名

訂正

生年月日 年号（和暦）年

訂正

月日

訂正

住所 郵便番号

訂正

市区町村 番地

訂正

建物名・部屋番号

訂正

受診者①の方の情報（本人／同居家族以外）

氏名

訂正

生年月日 年号（和暦）年

訂正

月日

訂正

住所 郵便番号

訂正

市区町村 町名 番地以下（番地・号まで記入）

訂正

建物名・部屋番号

訂正

受診する医療機関と受診理由等①

医療機関の名称

枚方病院

訂正

医療機関の電話番号

0728411221

訂正

医療機関の住所 郵便番号

5731111

訂正

医療機関の都道府県 市区町村

枚方市

訂正

町名 番地以下（番地・号まで記入）

楠葉朝日 1-1-1

訂正

受診する科の種類

医科

訂正

医科受診の場合の詳細

精神科

訂正

受診理由

その他

訂正

※受診理由「その他」の内容を記入してください

しんどい

訂正

健康保険証（国民健康保険・後期高齢者医療証・こども医療証を除く）を持っていますか？

健康保険証を持っている

訂正

その健康保険証を、これまでに生活福祉課へ提示していますか？

いいえ

訂正

訂正

・次の画面で健康保険証の表面の画像を添付してください。画像が添付できない場合は、本申請は仮受付となり、この時点では医療券は発行されませんので、後日必ず健康保険証を生活福祉課へ提示していただき、そののちに医療券を発行いたします。

確認しました

訂正

・医療機関等を受診する際は、医療券は生活福祉課から送付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してください。

確認しました

訂正

受診者①の方の受診日について

受診日
2024-08-18

訂正

※ この画面の上部にある【受診日についての確認事項】の内容を確認の上、チェックしてください。

確認しました。

訂正

受診者を追加しますか？

訂正

受診者②の方の区分

※ 受診する方について

訂正

受診者②の方の情報（同居家族）

氏名

訂正

生年月日 年号（和暦）年

訂正

月日

訂正

住所 郵便番号

訂正

市区町村 番地

訂正

受診者②の方の情報（本人／同居家族以外）

氏名

[訂正](#)

生年月日 年号（和暦）年

[訂正](#)

月 日

[訂正](#)

申請者との関係

[訂正](#)

住所 郵便番号

[訂正](#)

市区町村 町名 番地以下（番地・号まで記入）

[訂正](#)

建物名・部屋番号

[訂正](#)

受診する医療機関と受診理由等②

医療機関の名称

[訂正](#)

医療機関の電話番号

[訂正](#)

医療機関の住所 郵便番号

[訂正](#)

医療機関の都道府県 市区町村

[訂正](#)

町名 番地以下（番地・号まで記入）

[訂正](#)

受診する科の種類

[訂正](#)

医科受診の場合の詳細

[訂正](#)

受診理由

健康保険証（国民健康保険・後期高齢者医療証・子ども医療証を除く）を持っていますか？

[訂正](#)

その健康保険証を、これまでに生活福祉課へ提示していますか？

[訂正](#)

医療機関等に受診する際は、医療券は生活福祉課から送付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してください。

[訂正](#)

・次の画面で健康保険証の表面の画像を添付してください。画像が添付できない場合は、本申請は仮受付となり、この時点では医療券は発行されませんので、後日必ず健康保険証を生活福祉課へ提示していただき、そののちに医療券を発行いたします。

[訂正](#)

・医療機関等を受診する際は、医療券は生活福祉課から送付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してください。

[訂正](#)

受診者②の方の受診日について

受診日

[訂正](#)

※ この画面の上部にある【受診日についての確認事項】の内容を確認の上、チェックしてください。

[訂正](#)

受診者を追加しますか？

[訂正](#)

受診者③の方の区分

※ 受診する方について

[訂正](#)

受診者③の方の情報（同居家族）

氏名

[訂正](#)

月 日

訂正

住所 郵便番号

訂正

市区町村 番地

訂正

建物名・部屋番号

訂正

受診者③の方の情報（本人／同居家族以外）

氏 名

訂正

生年月日 年号（和暦）年

訂正

月 日

訂正

申請者との関係

訂正

住所 郵便番号

訂正

市区町村 町名 番地以下（番地・号まで記入）

訂正

建物名・部屋番号

訂正

受診する医療機関と受診理由等③

医療機関の名称

訂正

医療機関の電話番号

訂正

医療機関の住所 郵便番号

訂正

医療機関の都道府県 市区町村

受診する科の種類

[訂正](#)

医科受診の場合の詳細

[訂正](#)

受診理由

[訂正](#)

※受診理由「その他」の内容を記入してください

[訂正](#)

健康保険証（国民健康保険・後期高齢者医療証・子ども医療証を除く）を持っていますか？

[訂正](#)

その健康保険証を、これまでに生活福祉課へ提示していますか？

[訂正](#)

医療機関等に受診する際は、医療券は生活福祉課から送付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してください。

[訂正](#)

・次の画面で健康保険証の表面の画像を添付してください。画像が添付できない場合は、本申請は仮受付となり、この時点では医療券は発行されませんので、後日必ず健康保険証を生活福祉課へ提示していただき、そののちに医療券を発行いたします。

[訂正](#)

・医療機関等を受診する際は、医療券は生活福祉課から送付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してください。

[訂正](#)

受診者③の方の受診日について

受診日

[訂正](#)

※ この画面の上部にある【受診日についての確認事項】の内容を確認の上、チェックしてください。

[訂正](#)

受診者を追加しますか？

[訂正](#)

受診者④の方の区分

※ 受診する方について

[訂正](#)

受診者④の方の情報（同居家族）

氏名

[訂正](#)

生年月日 年号（和暦）年

[訂正](#)

月日

[訂正](#)

住所 郵便番号

[訂正](#)

市区町村 番地

[訂正](#)

建物名・部屋番号

[訂正](#)

受診者④の方の情報（本人／同居家族以外）

氏名

[訂正](#)

生年月日 年号（和暦）年

[訂正](#)

月日

[訂正](#)

申請者との関係

[訂正](#)

市区町村 町名 番地以下（番地・号まで記入）

訂正

建物名・部屋番号

訂正

受診する医療機関と受診
理由等④

医療機関の名称

訂正

医療機関の電話番号

訂正

医療機関の住所 郵便番号

訂正

医療機関の都道府県 市区町村

訂正

町名 番地以下（番地・号まで記入）

訂正

受診する科の種類

訂正

医科受診の場合の詳細

訂正

受診理由

訂正

※受診理由「その他」の内容を記入してください

訂正

健康保険証（国民健康保険・後期高齢者医療証・こども
医療証を除く）を持っていますか？

訂正

その健康保険証を、これまでに生活福祉課へ提示してい
ますか？

訂正

医療機関等に受診する際は、医療券は生活福祉課から送
付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してく
ださい、

・次の画面で健康保険証の表面の画像を添付してください。画像が添付できない場合は、本申請は仮受付となり、この時点では医療券は発行されませんので、後日必ず健康保険証を生活福祉課へ提示していただき、そののちに医療券を発行いたします。

[訂正](#)

・医療機関等を受診する際は、医療券は生活福祉課から送付されるという旨と、合わせて健康保険証も提示してください。

[訂正](#)

受診者④の方の受診日について

受診日

[訂正](#)

※ この画面の上部にある【受診日についての確認事項】の内容を確認の上、チェックしてください。

[訂正](#)

↓ 入力中の申請データを保存する

🖨 申請書を印刷する

◀ 戻る

[← 申請ナビ](#)

大阪府枚方市

医療券の申請（完了率：80%）

step1

申請者情報入力

step2

申請情報入力

step3（入力不要）

決済情報入力

step4

入力内容確認

step5

添付書類登録

step6

電子署名・送信・印刷

step5 添付書類登録

必要書類をアップロードしてください

スマートフォンのカメラで撮影した画像のアップロードも可能です。添付書類のファイル名は全角文字で最大100文字、半角文字で最大200文字まで設定可能です。

前の画面で「健康保険証（国民健康保険・後期高齢者医療証・こども医療証を除く）をお持ちで、ケースワーカーに提示したことがない」としている場合は、健康保険証表面の画像を添付してください。

[② 詳しい説明](#)

追加されたファイル

[削除](#) [健康保険証.jpg](#) （7.6KB） [🗑](#)

[ファイルを追加](#)

注意事項

次へすすむ

↓ 入力中の申請データを保存する

🖨️ 申請書を印刷する

◀ 戻る

動作環境個人情報保護利用規約アクセシビリティ

デジタル庁

© 2017 Digital Agency, Government of Japan.

大阪府枚方市

医療券の申請（完了率：**100%**）

申請完了

申請を正しく受け付けました

step1申請者情報入力でメールアドレスを入力していた場合、受付完了の通知をお送りしますのでご確認ください

申請先窓口

大阪府 枚方市

今回申請された手続

生活保護 医療券の申請

受付番号

990818085409138

申請先窓口からのお知らせがございます。
確認中

申請様式の控え（PDF形式）および申請データ（CSV形式）のダウンロード

申請様式の控え（PDF形式）および申請完了後の申請データ（CSV形式）をダウンロードできます。

ファイルを保存いただくことを推奨いたします。

次回も同じ手続を申請する場合や、再申請が必要になった場合、こちらでダウンロード

した申請データ（CSV形式）をご利用できますので大切に保存してください。

控えをダウンロードする

[◀ トップに戻る](#)

動作環境個人情報保護利用規約アクセシビリティ

デジタル庁

© 2017 Digital Agency, Government of Japan.