	子　ど　も
	心　身　障　害　者
	ひとり親家庭等

※該当する医療の枠内に○印を付けて下さい。

医療費給付申請書

年　月　日

市受付印

岡山市長様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。
なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により所得等を確認されることに同意します。

●医療費の振込時期について

申請月の翌月末に振込予定ですが、下記に該当する方は2～3か月程度の時間を要する場合があります。

※自己負担額が21,000円（70-74歳は8,000円）以上の場合
各医療費給付条例第4条の規定により、高額療養費・附加給付金等の支給状況の確認が必要となるためです。
必要に応じて追加書類（支給決定通知書、同意書等）の提出を依頼する場合があります。

※岡山市国民健康保険加入者の方で療養費（補装具等）を同時に申請された場合
各医療費給付条例第4条の規定により、療養費の支給状況の確認が必要となるためです。

岡山市記入欄

来庁者・確認書類	
申請者・	申請者以外（　　）
免許証・保険証	
その他（　　）	

申請者	氏名						
	住所	（〒　－　） 岡山市				電話 （　－　－　）	
受給者番号	子ども（乳幼児）		フリガナ			患者生年月日	年　月　日
	心身障害者		患者氏名				
	ひとり親家庭等		保険証	被保険者氏名		資格取得年月日	年　月　日
				保険記号・番号			
				保険者番号		保険者名称	

診療（調剤）報酬・訪問看護療養費領収証明書

本人　家族　長　　医　歯　薬　訪

診療年月	年　月	患者氏名	
診療日	（診療日に○印をして下さい。） 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
保険診療総点数	入院：点（円）（　日分）	医療機関・薬局・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの所在地・名称・氏名等	㊞
訪問看護総医療費	外来：点（円）（受診　日分）		
他法公費	更生、育成、養育、精神、特定疾患、その他（該当するものに○印をして下さい。）		
他法負担	点	医療機関コード	
☆他法公費による一部負担金	円		

（医療機関（領収書がある場合は証明不要））

☆自立支援医療、養育医療、特定疾患等に係る一部負担金の額を記入すること。

市記入欄	給付決定					
	自己負担額Ⓐ	他法公費負担額Ⓑ	高額療養費Ⓒ	附加給付額Ⓓ	一部負担金Ⓔ 一定・一般・Ⅱ・Ⅰ	公費給付額 Ⓐ-Ⓑ-Ⓒ-Ⓓ-Ⓔ
	円	円	円	円	円	円

振込口座	金融機関名	（　　）銀行 信用金庫 信用組合	本店・（　　）支店 出張所	預金種別	普通（総合）・当座
		（　　）農協	本所・（　　）支所	店番号	
				口座番号	
	フリガナ				
	名義人				

※　名義人は申請者と同じ人に限ります。また、診療月の翌月１日から５年を過ぎると給付金の支給を受けられなくなります。ご注意ください。