

<input type="checkbox"/>	子ども
<input type="checkbox"/>	心身障害者
<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭等

医療費給付申請書

年 月 日

市受付印

※該当する医療の枠内に○印を付けて下さい。

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

医療機関 領収書がある場合は証明不要	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)	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	⑩																						
	訪問看護総医療費	外来						点 (円)																								
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。)						点																									
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																									

☆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④	他法公費負担額③	高額療養費③	附加給付額④	一部負担金⑤ 一定・一般・Ⅱ・Ⅰ	公費給付額 ④-③-③-④-⑤
	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 () 農協	本店・ () 本所・ ()	支店 出張所 支所	預金種別	普通(総合)・当座					
					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。