

医療費給付申請書を提出する際には、必ず領収書を添付してください。

※以下に該当する場合は追加書類の添付が必要です。

(まずは、ご加入の健康保険の保険者へ申請し、先に給付を受けてください。)

- ◇高額療養費・付加給付金等に該当の場合  
領収書(写し)・医療費給付決定通知書
- ◇保険証を忘れた等の理由により、10割支払っている場合  
領収書(写し)・医療費給付決定通知書
- ◇医師の指示で補装具【治療用眼鏡等含む】を作った場合  
領収書(写し)・意見書(作成指示書)及び装着証明書(写し)・医療費給付決定通知書

<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

※窓口にお越しいただく方の  
本人確認書類をお持ちください。  
※郵送の場合は、申請者の本人確認書類  
(免許証等)の写しも添付が必要です。

保護者(父母等)の氏名・住所・電話番号  
をご記入ください。

## 記入例

申請者	氏名	岡山 太郎													
	住所	(〒700-8546) 岡山市 北区鹿田町一丁目1-1 電話 (090-****-****)													
受給者	子ども	1	2	3	4	3	2	1	フリガナ	オカヤマ	イチロウ	患者氏名	岡山 一郎	患者生年月日	令和2年9月1日
	心身								保険	被保険者氏名	岡山 太郎	資格取得年月日	令和2年9月1日		
									保険	保険記号・番号	岡 1	1234567			
									証	番号	330019	保険者名称	岡山市国民健康保険		

お子さまの氏名・生年月日を記入してください。

お子さまの健康保険の資格取得日

受給資格証と同時に申請される場合は空欄でかまいません。

職域の健康保険の場合は、その会社等へお勤めの方。国保の場合は世帯主となります。

### 看護療養費領収証明書

医 歯 薬 訪

医療機関(領収書がある場合は証明不要)	本人	診療年月		年	月	患者氏名																										
	診療日	(診療日に○印をむけて下さい。)																														
	診療日	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	入院																														
	訪問看護総医療費	外来																														
	他法公費	更生、育成、養育	(該当するものについて)																													
他法負担		点																														
☆他法公費による一部負担金		円	医療機関																													

領収書がお手元に無い場合は、医療機関でこの欄の証明を受けてください。

お子さまが、診療時に加入している健康保険に、記載のとおり記入して被保険者証を提示してください。

☆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(A)	他法公費負担額(B)	高額療養費(C)	附加給付額(D)	一部負担金(E) 一定・一般・II・I	公費給付額 (A)-(B)-(C)-(D)-(E)
	円	円	円	円	円	円

必ず記入の上、店記名しの入・て申請をお金だ者願種さの名し・店番す。号も

振込口座	金融機関名	(鹿田) 銀行	本店・	(大供) 支店	預金種別	普通(総合)・当座
	フリガナ	信用金庫		出張所	店番号	789
		信用組合	本所・	( ) 支所	口座番号	7 6 5 4 3 2 1
		( ) 農協				
	フリガナ	オカヤマ タロウ				
	名義人	岡山 太郎				

※名義人は申請者と同一人に限ります。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。