

被保険者番号をご記入ください。

診療月をご記入ください。  
(1か月ごとの申請が必要です)

### 国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者 記号番号	岡 1	0	1	2	3	4	5	6	令和6年1月 診療分	
1 氏名 生年月日	一般 退職	年齢 区分	医療機関名・所在地 支払金額		日数	傷病名及び傷病の原因 2				
鹿田 太郎 昭和 平成・令和 25年1月1日	記 入 不 要		〇〇病院 (入院) 57,600円		日～ 日 10	1 加害者のあるもの・労働中のもの 2 病気 3 ケガケガの原因 (相手方がない転倒)				
鹿田 太郎 昭和 平成・令和 25年1月1日			〇〇病院 (歯科) 4,500円		日～ 日 3	1 加害者のあるもの・労働中のもの 2 病気 3 ケガケガの原因 ( )				
鹿田 花子 昭和 平成・令和 25年3月3日			〇〇病院 (外来) 2,800円		日～ 日 2	1 加害者のあるもの・労働中のもの 2 病気 3 ケガケガの原因 ( )				
鹿田 花子 昭和 平成・令和 25年3月3日			□□薬局 本店 1,350円		日～ 日 2	1 加害者のあるもの・労働中のもの 2 病気 3 ケガケガの原因 ( )				
昭和 年月日	①受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、外来、薬局に分けてご記入ください。 支払金額は医療機関に支払った領収書に記載されている保険対象の負担金をご記入ください。 ②受診の原因が「1 加害者のあるもの・労働中のもの」の場合は保険給付の対象とならない場合がありますので、 あらかじめ申請窓口までご相談ください。									
<備考欄>										
上記のとおり申請します。					申請者の個人番号 対象者の個人番号					
世帯主のお名前でご記入ください。 振込先は世帯主名義の口座をご記入ください。 マイナポータル等で事前登録した口座を利用される場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。					世帯主 住所 岡山市北区鹿田町1丁目1-1 氏名 鹿田 太郎 連絡先 電話番号 (086) 803-1000					
<公金受取口座を利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合は下記に口座を記入してください。> マイナポータル等で事前登録した <input type="checkbox"/> 申請者(世帯主)の公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/> 受取代理人の公金受取口座(個人番号: _____)を利用します。										
振込先	〇〇〇〇	銀行 金庫 農協	岡山	支店 支所	1 普通 2 総合 3 当座	フリガナ	シカタ タロウ 鹿田 太郎			
口座番号	0	1	2	3	4	5	6			
受取代理人欄	下記代理人に本請求に基づく給付金の受領を委任します。 なお、この委任は申請者の保険給付を受ける権利を譲渡するものではありません。 年 月 日 (世帯主) (代理人) 住所 同一世帯の世帯員に給付金の受領を委任する場合は「受取代理人欄」へ世帯主が 氏名 記入・押印し、振込先へ受取代理人名義の口座をご記入ください。									
確認欄	件数	日数	費用額	一部負担金	加	自己負担額	支給額	支給済額	充当額	料金確認
税 状 況	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅳ並びに所得者Ⅰ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅲ・低Ⅳ						ア・イ・ウ・エ			
多数該当	〔無・有〕		世帯合算		〔無・有〕		職員名			

岡山市に住民票のない方は個人番号を記入してください。

記入不要

確認方法：免許証・資格確認書・番号カード・旅券・( )