

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 - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							年 月 診療分

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
昭和・平成・令和 年 月 日				日～ 日	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・平成・令和 年 月 日				日～ 日	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・平成・令和 年 月 日				日～ 日	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・平成・令和 年 月 日				日～ 日	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・平成・令和 年 月 日				日～ 日	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・平成・令和 年 月 日				日～ 日	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 ()

<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 住所

氏名

岡山市長様

連絡先 電話番号 () -

振 込 先	<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 <input type="checkbox"/> 申請者（世帯主）の公金受取口座を利用します。 事前登録した <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。									
	銀行	支店	1	普通 総合	フリガナ					
	金庫	支所	2	当座	名義人					
口座番号										

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					住所					
	氏名					氏名					㊟

受取代理人の公金受取口座を利用する場合、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。

	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
確 認 欄	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・現役並み所得者・一般・低Ⅱ・低Ⅰ ア・イ・ウ・エ・オ									受付場所
	多数該当 [無・有] 世帯合算 [無・有]									職員名
	確認方法：免許証・資格確認書・番号カード・旅券・ ()									