

区分	1 社・国 4 退職	1 本入 2 本外	3 六入 4 六外	5 家入 6 家外	7 高入一 8 高外一	9 高入7 0 高外7
----	---------------	--------------	--------------	--------------	----------------	----------------

国民健康保険 療養費支給申請書

		保険者番号		3 3 0 0 1 9							
療養を受けた被保険者 又は被扶養者氏名	続柄		被保険者記号番号		岡1-						
	年 月 日生	区分	1		2						
			①被保険者(本人)		②一般被保険者 ③被扶養者(家族)						
傷病名	別紙参照	発病又は 負傷年月日									
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間(実日数 日)		療養に要 した費用								
診療・薬類の支給または手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の名称及び所在地			別紙参照								
診療または調剤に従事した医師、歯科医師 または薬剤師、その他の者の氏名			別紙参照								
発病の原因、療養の内容 及び傷病の経過				第三者行為によるものか はい ・ いいえ							
療養の給付を受けるこ とができなかった理由		・ 被保険者証を持っていなかった為 ・ 治療用装具の製作は療養の給付外の為 ・ 他保険で受診したため ・ その他 理由 ()			・ 自己負担割合変更のため ・ 海外療養費 ・ 特別療養費						
種別 区分	1		2	3	4	5	7	8	99	88	
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔整	マッ サージ	ハリ・ キュウ	移送	その他	特別 療養費
岡山市長様						申請者の個人番号 _____					
上記のとおり別紙関係書類を添えて申請します。						対象者の個人番号 _____					
年 月 日						(世帯主) 住所 岡山市					
氏名						連絡先 () -					
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 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。										
銀行		本店		<預金種別>		フリガナ					
信用金庫		支店		1 普通		名義人					
農協		支所		2 総合							
口座 番号											
決 定	件数	日数	点数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	充当額	受付			

受取代理人の公金受取口座を利用する場合は
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。

確認方法： 免許証 ・ 資格確認書 ・ 番号カード ・ 旅券 ()