領収書を添付して提出してください。
・高額療養費・附加給付金等に該当する場合は、加入されている健康保険で先に給付を受けてください。
・郵送での申請時は、資格証や免許証などの本人確認書類の写しも追加で添付して送付ください。
《郵送先》〒700-8546 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号　医療助成課　宛

	子　ど　も
○	心　身　障　害　者
	ひとり親家庭等

※該当する医療の枠内に○印を付けて下さい。

医療費給付申請書

年　月　日

記入例

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

※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
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

※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

受給資格者（又は同じ世帯の扶養義務者となる親族など）の氏名・住所・電話番号を記入してください。

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－＊＊＊＊－＊＊＊＊）		
受給者番号	心身障害者	1 2 3 4 3 2 1	フリガナ	オカヤマ / さくら	患者生年月日 平成25年9月1日
	ひとり親家庭等		患者氏名	岡山 / さくら	
	保険証	被保険者氏名	岡山　太郎	資格取得年月日	平成25年9月1日
		保険記号・番号	岡１	1234567	
		保険者番号	330019	保険者名称	岡山市国民健康保険

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

受給資格者の氏名・生年月日を記入してください。

受給資格者の健康保険の資格取得日

受給資格者の健康保険について被保険者証に記載のとおり記入してください。

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書

医療機関（領収書がある場合は証明不要）

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	
訪問看護総医療費	外来　（受診　点	㊞
他法公費	更生、育成、養育、（該当するものに○印をして下さい。）	
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	

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。

医療機関で一旦⑩割支払った場合
◇健康保険から支給される療養費の支給額の決定通知等を添付してください。
◇補装具の場合は、医師の指示書・装着証明書、領収書も必要です。

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

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

※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。

上記の申請者の名義の口座を記入してください。支店名・預金種別・店番号も必ず記入をお願いします。