

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

- 医療機関等で一旦10割支払った、医師の指示で補装具を作った場合
- 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。

記入例

☒ 心身障害者

☐ ひとり親家庭等

医療費給付申請書

※該当する医療の枠内に○印を付けて下さい。

令和7年 7月 1日

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、申請に当たり、地方税関係情報・医療保険の加入状況等を
確認することに同意します。

受給資格者（又は同じ世帯の扶養義務者となる親族）の氏名・住所・電話番号をご記入ください。

申請者	氏名	岡山 太郎									
	住所	(〒 700 - 8546) 岡山市 北区鹿田町1-1-1 電話 (086 - 803 - 1000)									
受給者番号	心身障害者	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ 患者氏名	オカヤマ 岡山	タロウ 太郎
	ひとり親家庭等								患者 生年月日	S・H 47年10月15日	

患者である受給資格者の氏名・生年月日を記入してください。

医療機関（領収書がある場合は証明不要）	診療（調剤）報酬・訪問看護療養費領収証明書											
	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○印を付けて下さい。)									
	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									
	保険診療総点数		入院									
	訪問看護総医療費		外来									
	他法公費		更生、育成、 (該当するもの)									
他法負担												
☆他法公費による一部負担金		医療機関 円 以下										

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。

☆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

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

※記入の際は、申請者の名義の口座を必ず記入してください。店番号も記入をお願いします。