

被保険者証の右上に記載されている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

被保険者証の記号番号	岡 1 -	0	1	2	3	4	5	6	令和3年4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
鹿田 太郎 S23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 S23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 S23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 S23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 ()

<備考欄>

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。

上記のとおり申請します
初めて申請されるときはご記入ください。

申請者の個人番号 _____
対象者の個人番号 _____

世帯主 住所 岡山市北区鹿田町1丁目1-1

世帯主のお名前ですら署名または記名押印ください。
振込先は世帯主名義の口座をご記入ください。

氏名 鹿田 太郎

岡山市長様 連絡先 電話番号 (086) 803-1000

振込先	〇〇〇〇	銀行 金庫 農協	岡山	支店 支所	1 普通 総合 2 当座	フリガナ	シカタ タロウ		
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	名義人

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 _____

氏名 _____

同じ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」へ世帯主が署名または記名押印し、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 専業主婦・専業主夫・一般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				