

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 - 	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 _____
連絡先 電話番号 () _____

岡山市長様

<公金受取口座を利用する場合はを、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 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 受取代理人の公金受取口座（個人番号：_____）を利用します。

振込先	銀行	支店	1 普通	フリガナ	
	金庫	支所	2 総合	名義人	
	農協		当座		
	口座番号				

受取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） 住所 _____ （代理人） 住所 _____
氏名 _____ 氏名 _____

①

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・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 〕							職員名		

確認方法：免許証・保険証・番号カード・旅券・ ()

岡山市に住民票のない方は個人番号を利用する場合、個人番号を記入してください。