承　認	不承認	（不承認の場合、その理由）

区分	1社・国 4退　職	1 単独 2 2併 3 3併	1本入 5家入 2本外 6家外 3六入 4六外	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

公費負担者番号									保険者番号			3	3	0	0	1	9	
受給者番号									被保険者証の記号番号	岡１－								
療養を受けた被保険者又は被扶養者氏名									続柄		区分	1 ㊟被保険者（本人） 組　合　員		2 一般被保険者 ㊟被扶養者（家族） その他				
	年　月　日生																	
※ 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	円								
※診療・薬類の支給または手当を受けた病院診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	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（　　）								・高齢受給者証負担割合変更のため ・海外療養費 ・特別療養費		備考							

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	保険者間調整

岡山市長様

上記のとおり別紙関係書類を添えて申請します。

申請者の個人番号

対象者の個人番号

年　月　日　（世帯主）　住所　岡山市

氏名

ＴＥＬ（　　）　　－

預金口座

銀　行　　本店
信用金庫　　支店
農　協　　支所

口座番号

預金種別		
	F	普通
	T	当座

フリガナ

名義人（　　）

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

確認方法：　免許証　・　保険証　・　番号カード　・　旅券　（　　）

注意　※印欄は必ず担当医師、歯科医師または薬剤師等に記入してもらってください。