

区	1 社・国	1 本入	3 六入	5 家入	7 高入一	9 高入7
分	4 退職	2 本外	4 六外	6 家外	8 高外一	0 高外7

国民健康保険 療養費支給申請書

		保険者番号		3 3 0 0 1 9							
療養を受けた被保険者又は被扶養者氏名	続柄	被保険者証の記号番号		岡1-							
	年 月 日生	区分	1		2						
①被保険者(本人)			①一般被保険者 ②被扶養者(家族)								
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									
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		<ul style="list-style-type: none"> 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 () 			<ul style="list-style-type: none"> 自己負担割合変更のため 海外療養費 特別療養費 						
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	マツサージ	ハリ・キュウ	移送	その他	特別療養費
岡山市長様		申請者の個人番号									
上記のとおり別紙関係書類を添えて申請します。		対象者の個人番号									
年 月 日		(世帯主) 住所 岡山市									
氏名											
連絡先 ()											
振込先	<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事前登録した										
	<input type="checkbox"/> 申請者(世帯主)の公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/> 受取代理人の公金受取口座【個人番号: _____】を利用します。										
		銀行		本店		<預金種別>		フリガナ			
		信用金庫		支店		1 普通		名義人			
		農協		支所		2 総合					
口座番号											
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			

岡山市に住民票のない方は個人番号を記入してください。