

※裏面の「医療費の支給申請の仕方」をお読みの上、記入してください。

障 重度心身障害者医療費支給申請書（償還）

受給者又は保護者の住所・氏名等を記入してください。

年 月 日

ふじみ野市長 宛て 住所

受給者証に記載されている番号・受給者名等を記入してください。

氏 名

受給者の加入している保険の内容を記入してください。

電話番号

次のとおり、重度心身障害者医療費の支給を申請します。

| | | | | |
|--|-------|----------------|---|-------|
| 受給者番号 | | 加入 医療 保険 | 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 | |
| ふりがな | | | 認定日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | | | 記 号 | 番 号 |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 保険者番号 | |
| 有効期間開始日 | 年 月 日 | 保険者の | <input type="checkbox"/> 組合・共済組合・支部 <input type="checkbox"/> どちらかに○を付けてください。 | |
| 交通事故等の第三者行為に伴うケガや疾病である。 | | | はい・いいえ | |
| 学校、幼稚園及び保育所の管理下(通学・通園中を含む)でのケガ又は疾病である。 | | | はい・いいえ | |

注意 上部太枠内は、申請者が記入してください。また、保険診療一部負担金（処方箋を交付した医療機関と保険薬局の合計）が21,000円を超える場合は、裏面の委任状欄も記入してください。

該当する場合は裏面も忘れずに記入してください。

| | |
|---|---|
| 様 | |
| 医療機関等で出された領収書に受診者名・保険点数等の記載があれば、この欄は記入しなくて結構です。その領収書を添えて、申請してください。 ※領収書の原本が必要な方は、コピーして原本と両方をお持ちください。申請の際、照合の上、その場で原本をお返しいたします。 | 領 収 書 円 食事（生活）療養標準負担額は含まない。 去負担点数 点 問看護 回復・8コルセット |
| 日数 日 1県内 | 医療機関コード |
| 年 月 日 | 医療機関等の所在名 |
| この欄は市で記入しますので、記入の必要はありません。 | 電話番号 |
| ※療養費 医療機関等で出された領収書がレシートの場合、そのままでは申請できません。その場合は、この領収書欄を医療機関等で記入してもらうか、レシートの裏面に受診者名・保険点数・受診日・担当者の印を記入してもらってください。 | |
| ※療養費 医療機関等で出された領収書がレシートの場合、そのままでは申請できません。その場合は、この領収書欄を医療機関等で記入してもらうか、レシートの裏面に受診者名・保険点数・受診日・担当者の印を記入してもらってください。 | |

| | | | | |
|-------------|-----------------|---|------------|---|
| 処 理 欄 | ① 支給対象経費 | 円 | ② 一部負担金控除額 | 円 |
| | 保険診療一部負担金 | 円 | 附加給付額 | 円 |
| | | | 高額療養費 | 円 |
| | 支 給 額 (① - ②) | | | 円 |

[医療費の支給申請の仕方]

医療費支給申請書の受付は、診療・調剤を受けた月の翌月以後になります。

1 申請書は、月ごとに、病院別、診療所別、薬局別及び入院・外来・歯科別にそれぞれ1枚提出してください。

2 医療機関等発行の領収書による申請の場合は、以下の点が確認できるものとしてください。

- ・医療を受けた人の氏名、入院・外来の別、保険診療点数、他法負担分

※レシート等で氏名・診療点数等の記載がないものは申請できません。

その場合は、申請書の領収書欄を医療機関等で記入してもらってください。

3 提出した領収書は、お返しできません。原本を提出できない方は、コピーして原本と両方御持参ください。照合の上、その場で原本をお返しします。

4 1か月あたりの保険診療一部負担金（処方箋を交付した医療機関と保険薬局の合計）が21,000円を超える場合は、御加入の医療保険者に高額療養費などの照会を行いますので、以下の欄を記入してください。

なお、委任状の記入がなく高額療養費の照会ができない場合、医療費を支給することができませんので、御注意ください。

保険診療一部負担金が21,000円を超える場合は、必ずこの委任状を記入・押印してください。

委任状

私の加入する医療保険者に対する高額療養費及び附加給付金の開示請求の権限を、ふじみ野市長に委任します。

年 月 日 被保険者 住所

氏名

印

加入している医療保険の世帯主・被保険者・組合員・加入者を記入し、押印してください。

※参考

| | | |
|------------------|---|----------------|
| 申請額が21,000円以上の場合 | この申請分の他に、同月に1か所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った同じ医療保険に加入する者がいる。 | はい ・ いいえ |
|------------------|---|----------------|

どちらかに○を付けてください。

御不明な点は、ふじみ野市役所障がい福祉課までお問い合わせください。

問合せ先

ふじみ野市役所障がい福祉課庶務係

電話番号 049-262-9031（直通）