様式第８号(第５条関係)

重度心身障害者医療費支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　ふじみ野市長　宛て  申請者　住 所  　氏　　名  電話番号  　次のとおり申請します。 | | | |
| 受給者番号 |  | 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 受給者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

　後期高齢者医療制度の被保険者以外の方は、加入している医療保険の内容について記入をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入医療保険 | | | | |
| 保険記号番号 | |  | 保険者の名称 | 保険者番号(　　　　　　) |
| 被保険者氏名 | |  | 保険種別 | ・国保・他国  ・社保(協会・組合・共済) |
|  |

〔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　医療機関等の発行する領収書を申請書に添えて提出してください。

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。

　(1)　医療を受けた人の氏名

　(2)　入院・外来の別

　(3)　１日ごとの保険診療点数

　(4)　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、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　記入漏れ等がある場合は、受付できません。

御不明な点は、ふじみ野市役所障がい福祉課までお問合せください。

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）