

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)