

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

ふじ	受給者の住所・氏名等を記入してください。	申請者	住所 氏名 電話番号	年 月 日
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。		次のとお		
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
 について記入をお願いします。

記入の必要はありません。

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)