

# 重度心身障がい者医療費記入見本

○1枚目は必ず、申請日・住所・氏名・連絡先・加入保険を記入してください。  
 ○加入保険は、受給資格者証のとおり記入してください。ただし、申請する受診分の中で健康保険の変更がある場合は、変更届も必要となりますので変更後の保険証をご持参ください。  
 ○加入保健の変更がない場合は、2枚目からは記入不要です。

申請者記入欄		佐野市長様		○○年○○月○○日		
		受給資格者 (申請者)	住所	佐野市 ○○ 町 ○○ 番地		
			氏名	佐野 ○ ○		
			電話	○○-○○○○		
受給者番号		○○○○○○○○		加入 被保険者氏名		
				佐野 ○ ○		
受診者	氏名	佐野 ○ ○		保険証記号番号		
	生年月日	○○年○○月○○日		○○○○○○○ ○○○		
				保 険 者	番 号	名 称
				○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○○○○健康保険組合 ○○支部	
振込先		変更なし 変更あり		※振込先を変更する場合は、変更届が必要となります。受給資格者証・受給資格者の通帳をご持参の上、手続きをしてください。		
同一月かつ同一保険において一部負担金 21,000 円以上支払った家族の有無				有 <u>無</u>		
<input type="checkbox"/> すでに助成を受けている重度心身障がい者医療費を合算対象とする、高額介護合算療養費および外来年間合算による給付を受けた場合は、今後助成する医療費から調整することに同意します。						

この欄は必ず記入してください。

これ点でチェックをしてください。

1か所の医療機関で保険診療の自己負担を21,000円以上支払った他に、別の医療機関や同一保険の家族に21,000円以上の支払いがある場合は『有』を○で囲んでください。

### 申請にあたっての注意事項

1. 申請には、受診者名・保険点数・負担割合・診療科目・診療月などが明記されている領収書の添付が必要となります。ただし、受診者名・保険点数などが確認できない領収書または領収書がそろわない場合は、診療を受けた月の翌月10日以降に、医療機関記入欄に保険診療点数の証明を受けて申請してください。  
**※人工透析を受けた場合は、総医療費額の確認をするため、該当する月すべての領収書を揃えるか、または領収書が揃わない場合は点数証明で申請してください。**
2. 申請書は、病院、薬局ごとに一枚必要です。
3. 社会保険加入の方で、1か月の保険診療分が高額療養費や家族療養付加給付金等の給付がある場合は、加入保険者から通知される決定(支給)通知書またはその写しを必ず添付してください。  
※高額療養費に該当している場合、事前に加入保険者に対して申請が必要になります。
4. 申請受付は、**受診した月の翌月**の初日からの受付となり、**申請期限**は受診月から**1年以内**です。  
 例：令和5年6月診療分→令和5年7月1日から令和6年6月末日まで  
※期限を過ぎると受付できません
5. 助成金の支払いは、原則として申請書の提出があった翌月末に受給資格者名義の口座に振り込みとなります。通帳を記帳してご確認ください。ただし、申請された医療費が高額療養費等に該当する場合、振り込みが遅れることがあります。

※医療費助成の申請には、原則**領収書の原本**が必要となります。原本をお手元に残したい場合は、あらかじめコピーをして、原本と一緒に持ちください。照合してお返しいたします。

**※重度心身障がい者医療費の助成を受けたものは、確定申告の対象にはなりませんのでご注意ください**

お問い合わせ 佐野市役所障がい福祉課障がい福祉係 TEL 0283-20-3025 FAX 0283-24-2708