

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、押印(朱肉をつける印鑑)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、加入保険欄を左右に分割し前後の内容を記入してください。また、変更届も必要となりますので変更後の保険証と認印をご持参ください。2枚目からは記入不要です。

申請者記入欄		年 月 日	
佐野市長様		住所 佐野市 町 番地	印
受給資格者 (申請者)		氏名 佐野	電話 -
受給者番号		被保険者氏名 佐野	
受診者	氏名	保険証記号番号	
	生年月日	保 険 者 番 号	保 険 者 名 称
振込先		健康保険組合 支部	
振込先 変更なし		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・認印をご持参の上、手続きをしてください。	
振込先 変更あり			
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 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>

2枚目からはこの3か所のみ記入してください。

1か所の医療機関で保険療の自己負担を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円以上の支払がある場合は「有」をで囲んでください。

受給資格者名はそれぞれの受給資格者証を確認して記入してください。
 押印がない場合は受付できません。(朱肉をつける印鑑をお願いします。)
 振込先は、記入不要です。(変更する場合は変更届が必要となります。)
 加入保険の変更がない場合は、2枚目以降の申請書は「受給者番号」・「受診者氏名・生年月日」のみの記入でも構いません。

申請にあたっての注意事項

1. あらかじめ申請者記入欄に記入の上、医療機関で診療を受けた翌月10日以降に保険診療分の点数証明をもらって申請してください。ただし、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を添付していただければ、医療機関で証明をもらう必要はありません。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ていただくか、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. 助成申請書は、医療機関ごとに一枚、院外処方薬の薬局も別に一枚必要になります。
3. 領収書は1か月単位にまとめてください。
4. 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に該当したときは、加入保険者から通知のある療養費決定(支払)書またはそのコピーを必ず添付してください。
5. 申請書の受付は、受診した月の翌月からになります。また、後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は、高額療養費に該当するかどうかを判断するため、受診した月の2か月後からの受付になります。
6. 助成金の申請期限は、診療日の属する月の翌月の初日から1年以内です。
 例：平成21年4月診療分 平成22年4月末日まで(期限を過ぎると受付できません)
7. 助成金の支払いは原則として申請書を受け取った月の翌月末に、受給資格者名義の口座に振り込みます。通帳を記帳して確認してください。

医療費助成の申請には領収書の原本が必要になります。確定申告で原本が必要な場合は、ご自分でコピーをとり、原本と一緒にお持ちください。照合してから原本をお返しします。
 (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。)

お問い合わせは 佐野市障がい福祉課 障がい福祉係 0283-24-5111(代)