

重度心身障害者医療費助成申請書

太線の枠内のみ記入してください。

申請者記入欄	令和 年 月 日									
	足利市長 宛て					受給資格者 住所 足利市 (申請者) 氏 名 電 話				
	本医療費助成の申請に当たり、世帯員及び同一健康保険加入者の市町村民税課税状況等を閲覧することに同意します。									
	受給資格者証番号		※ 加入保険 ※変更のある方は、別途届出が必要です。			被保険者氏名				
	受診者	氏 名				保険証記号・番号				
		生年月日		大昭平令 年 月 日		保 険 者	番 号			
	振 込 先		変更あり 変更なし		※振込先を変更する場合は、変更届が必要になります。受給資格者証・受給資格者の通帳をご持参の上、手続をしてください。					
一部負担金21,000円以上支払った家族の有無							有 ・ 無			

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄	保 険 診 療 証 明 書										
	保険種類		国保・社保・後期高齢者医療			自己負担割合 1・2・3 割			特定疾病療養受療証の有無 有・無		
	診療年月		保 険 診 療 合 計 点 数								備 考 (診療科、公費自己負担限度額等)
	年	月	入院日数	入院点数 ※限度額適用認定証 (アイウエオ多数回)			外 来 点 数			他法負担点数 (公費番号)	
											()
											()
											()
											()
											()
											()
令和 年 月 日 医療機関等 所在地 名称 氏名										印	

(注) 点数の欄は右詰めで記入し、空欄は斜線を引いてください。

助成内容	保険診療合計金額 ①	一部負担額 ②	控 除 額 の 内 訳				控除後の額 ②-④	保険診療合計額の1割の額※①×1/10-③	医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	自己負担控除額③			
									円

※ 受給権者が65歳から74歳までの場合に記入する(保険種類が後期高齢者医療である場合を除く。)

(記入例)

重度心身障害者医療費助成申請書

太線の枠内のみ記入してください。

申請者記入欄	足利市長 宛て		令和 ○年 ○月 ○日			
	受給資格者 (申請者)		住所	足利市○○町○丁目○○番地		
			氏名	足利次郎		
			電話	0284-○○-○○○○		
	本医療費助成の申請にあたり、世帯員及び同一健康保険加入者の市町村民税課税状況等を閲覧することに同意します。					
	受給資格者証番号	○○○○○	※加入保険 変更のある方は、別途届けが必要です。	被保険者氏名	足利太郎	
	受診者	氏名		足利次郎	保険証記号・番号	○○○○○○○ ○○○
		生年月日		大昭 平令 ○○年 ○月 ○日	番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
				名称	○○健康保険組合	
	振込先	変更あり 変更なし	※振込先を変更する場合は、変更届が必要になります。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。			
一部負担金21,000円以上支払った家族の有無				有 ・ 無		

申請にあたっての注意事項

1. 助成申請書の「申請者記入欄」を記入する際には、受給資格者証を確認して記入してください。(資格者証の記載内容が変わっている場合には、変更届を別途提出してください。)
2. 助成申請書は、加入保険に変更がない場合は、申請書1枚につき1医療機関等で最大6ヶ月分をまとめて申請ができます。申請書に、医療機関(総合病院は医科・歯科別)・薬局ごとにまとめた領収書(注1)を添付するか、又は医療機関等で保険点数の証明(注2)を受けて申請してください。
(注1) 患者名、受診日、領収額、保険点数、負担割合、診療科目、入院・外来の別などが明記されている領収書であれば、証明のかわりとなります。また、窓口で申請する場合に限り領収書のコピーもご利用いただけますので、予めコピーをして原本と一緒に持ちください。
(注2) 医療機関等で証明を受ける場合には、診療を受けた翌月10日以降にしてください。
(注3) マッサージ・整骨院等の施術所の申請は、原則として証明を受けて申請してください。
(注4) 領収書の添付は、のりやテープ等で貼りつけずホチキスやクリップでまとめてください。
3. 医療費助成申請の受付期間は、受診した月の翌月初日から1年間です。(月末が土日・祝日の場合は翌営業日が期限となります。) ※期限を過ぎると受付できません。
(例) 令和4年5月診療分の受付期間は、令和4年6月から令和5年5月末日です。
4. 毎月25日(土・日曜日、祝日の場合は翌営業日)までに申請されたものが、翌月16日(土・日曜日、祝日の場合は前営業日)振り込みとなります。
5. 1ヶ月の保険診療分について、高額療養費に係る自己負担額の限度額を超えて支払ったときや、付加給付金など他の制度で支給される金額がある場合には、その額を差し引いた額が助成対象になりますので、保険者からの高額療養費や付加給付金の支給決定通知を領収書と一緒に助成申請書に添付してください。
(注) 高額療養費の限度額及び付加給付金については、保険者に直接お問い合わせください。
6. 65歳から74歳までの方で、後期高齢者医療以外の保険加入者は、医療費総額の1割を上限に助成します。
7. 令和4年4月診療分から、薬局を除く1医療機関あたり月額500円の自己負担はなくなります。
8. 中学生までは、「こども医療」で申請してください。高校生以上で、重度心身障害者医療の資格をお持ちの場合は、「重度心身障害者医療費助成申請書」で申請してください。
9. 第三者行為(交通事故等)を原因とした医療費は対象となりません。
10. 郵送での申請の場合、封筒にご自分の住所、氏名を必ず記入し投函してください。

○郵送先、お問い合わせは・・・〒326-8601 足利市本城三丁目2145

足利市役所 障がい福祉課 障がい福祉担当(窓口23番) TEL0284-20-2169