

※ 処理欄	<input type="checkbox"/> 高額 (同意書あり)	診療月	年 1
	<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費 <input type="checkbox"/> 協会けんぽマル長 (補助外)	支給月	年 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12月
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 高額療養費未請求申請		
	<input type="checkbox"/> 返戻 (理由: ①重複請求 ②有効期間外診療分 ③その他)		

医療機関毎に分けず、一ヶ月ごとにまとめて申請してください。

申請者記入欄	重度心身障害者医療費請求書		
	東松山市長 宛て		〇〇年 〇 月 〇〇日
	申請者	住所 東松山市 <u>松葉町1-1-1</u>	氏名 <u>松山 太郎</u>
			(電話 <u>0493-11-1111</u>)
	以下のとおり、東松山市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第8条第1項の規定に基づき請求します。		
受給者	受給者番号	0012345	
	氏名	松山 花子	
	生年月日	昭和 1年 1月 1日	
	加入医療保険	後期高齢者医療 市町村国民健康保険 ・ 社会保険 (土建国保含む)	

(注) 太枠内のみ記入してください。

領収書を添付する場合は、のり付けしないでください。

医療機関記入欄	領収書		入院 日	外来 日
	¥ _____		診療科	科
	ただし、____年 ____月分保険診療一部負担金(他法本人負担額 _____円を含む。) 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。			
	保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
	(柔道整復では保険診療総医療費 _____円)			
	年 月 日	様		
	医療機関所在地(住所)			
	名 称 _____			
	氏 名 _____ 印			

(注) 1 領収書欄は、医療機関等で証明を受けてください。ただし、領収書を添付する場合は記入不要です。
2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

医療費を負担した場合

所定の請求書にご記入いただき、申請をお願いいたします。登録済みの口座へ振込いたします。

● 請求書の様式（第4号の2）

- ・請求書に**領収書（コピー可）**を添えて提出して下さい。
※領収書がない場合は、障害者福祉課の重度医療担当までご相談ください。
- ・**月ごとに請求書が必要**です。（医療機関毎に分ける必要はありません。）
月ごとに算出しますので、月の途中で提出しないようご協力ください。

● 振込の時期

- ・原則、**診療月から4か月後**でお振込みします。
振込の際には、ハガキにて通知します。

※ ただし、領収書の内容や病院が提出したレセプトに不備があった場合などは、予定通りお振込みができない場合がありますので、予めご了承ください。

● 重度医療の助成の範囲

- ・保険適用の医療費、療養費が対象となります。
高額療養費、附加給付金等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金額を助成します。

【対象外】

- ・食事代、おむつ代、文書代、ベッド差額代、介護保険サービスなど
- ・交通事故または学校行事や部活動などの怪我など
- ・確定申告の医療費控除を受けた医療費
- ・医療機関へ支払いをした月から5年を経過した場合は時効

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、最初に作られた薬（先発医薬品：新薬）の特許終了後に、有効成分、用法、効能、効果が同じ医薬品と申請され厚生労働省の認可のもとで製造・販売された新薬より安価な薬です。ジェネリック医薬品を利用することで自己負担額を減らすとともに、医療費の節約で医療保険制度の安定にもつながります。まずはお医者さん、薬剤師さんに相談してみましょう。



《問合せ先》

東松山市役所 障害者福祉課

電話 0493-23-2221（内線152）

FAX 0493-24-6066