

様式第8号（第14条関係）

市川市重度心身障害者（児）医療費助成給付請求書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

市川市長

「市川市重度心身障害者（児）医療費助成受給券」に記載されている「受給者番号」を記入してください。

申請者 住所 市川市八幡1-1-1
(窓口へ来られた方) 氏名 市川 太郎
電話 047 (334) 〇〇〇〇

受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
受給者氏名	市川花子						
生年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
保険証 記号・番号	記号	〇〇〇〇			番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者名	市川市国民健康保険・千葉県後期高齢者医療広域連合 〇〇健康保険組合・全国健康保険協会〇〇支部 など						

【注意事項】

- 医療機関等の領収書（原本又は写し）を添付して下さい。
※領収書に記載が必要な項目
患者氏名・診療日・自己負担金額・保険点数（総医療費）・医療機関名
- 医療機関等の領収書に上記の必要な項目が記載されていない場合は、市指定の「診療報酬等証明書」に医療機関等の証明をもらってください。
- 社会保険等（市川市国民健康保険、後期高齢者医療制度を除く）の高額療養費に該当する場合は、健康保険組合等が発行する「高額療養費支給決定通知書」の写し等、高額療養費の支給額が確認できる書面を添付してください。
- 高額療養費の支給額が確認できる書面の添付がない場合は、市民税の課税状況に応じて医療保険の自己負担限度額を適用して算出しますので、ご了承ください。
- 健康保険組合等の付加給付がある場合は、「付加給付決定通知書」の写し等、付加給付の支給額が確認できる書面を添付してください。
- 高額療養費又は付加給付の支給内容を確認するため、健康保険組合等に照会させていただく場合がありますので、ご了承ください。

領収書（コピー可）又は診療報酬証明書を、裏面にホチキスで止めてください。