

申請書の記入例

重度心身障がい者（児）医療費助成資格認定申請書

年 月 日

鎌ケ谷市長 様

住所 鎌ケ谷市新鎌ケ谷2-6-1
 申請者 電話番号 090 (1234) 1234
 氏 名 鎌ケ谷 太郎
 対象者との続柄 本人

重度心身障がい者（児）医療費の助成を受けたいので、鎌ケ谷市重度心身障がい者（児）医療費助成条例施行規則第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請理由		新規・転入（ 年 月 日 ）・その他（ ）										
対象者	住 所	鎌ケ谷市新鎌ケ谷2-6-1										
	ふりがな	かまがや たろう				生年月日	平成1年4月1日					
	氏 名	鎌ケ谷 太郎										
	個人番号											
障がいの程度		身体障がい 1・2級				知的障がい ①・A1・A2				精神障がい 1級		
加入医療保険	保険者名	国 鎌ケ谷市 社 〇〇健康保険組合 後 千葉県後期高齢者医療広域連合										
	保険者番号	国 120246 社 △△△△△△△ 後 39122247										
	保険者種別	① 国保 ② 社保 ③ 後期高齢 4 国保組合										
	被保険者 (社保の場合)	社 鎌ケ谷 太郎 (社会保険の場合のみ記入)										
	記号番号	国 鎌 〇〇〇〇〇〇 社 〇〇〇〇 〇〇〇〇 後 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇										
	付加給付	有・無 (有の場合は制度の分かる資料を添付ください。)										
同一保険世帯者	鎌ケ谷 花	個人番号										
	鎌ケ谷 舞	個人番号										
		個人番号										
		個人番号										

振込指定口座 千葉 銀行 鎌ケ谷 支店
 口座番号 0123456 名義人氏名 鎌ケ谷 太郎

鎌ケ谷市重度心身障がい者（児）医療費助成受給資格認定申請にあたり、次のことに同意します。

- ・重度心身障がい者（児）医療費助成の受給資格の確認に必要な市民税額等の調査をすること。
- ・重度心身障がい者（児）医療費助成と、加入する健康保険の保険者から償還される高額療養費（高額介護合算療養費に係る保険給付分を含む。）、付加給付金等に重複が生じていた場合、重複した高額療養費等の額を限度に市がその額の全部又は一部を受領すること。また、そのために必要な個人情報を加入する健康保険の保険者に提供すること及び当該保険者が保有する個人情報を調査すること。

対象者氏名 鎌ケ谷 太郎

健康保険証の種類によって記入の仕方が異なります。代表的な社会保険 / 国民健康保険 / 後期高齢医療保険の記入例を示しましたので参考にご記入ください。また、健康保険証の写しを忘れずに添付してください。

健康保険 被保険者証

記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇

氏名 鎌ケ谷 太郎
 被保険者氏名 鎌ケ谷 太郎
 保険者番号 △△△△△△△△
 保険者名 〇〇健康保険組合
 保険者所在地



社会保険（例）

国民健康保険 被保険者証

記号 鎌 番号 〇〇〇〇〇〇

氏名 鎌ケ谷 太郎
 保険者番号 120246 保険者名 鎌ケ谷市



国民健康保険（例）

後期高齢者医療被保険者証

被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 鎌ケ谷 太郎
 保険者番号 39122247 保険者名 千葉県後期高齢者医療広域連合



後期高齢者医療保険（例）

後の方は「被保険者番号」を記入

付加給付金制度とは、健康保険組合が法定給付にプラスして独自に給付金を支給する制度のことです。社会保険で付加給付を受けられている方は有に○を付けて、付加給付の資料を添付ください。

同じ健康保険に加入している方を記入してください。同一世帯であっても、年齢などにより国民健康保険と後期高齢者医療保険などに分かれている場合があります。対象者が加入している健康保険の他の加入者の情報を記入してください。

忘れずに署名してください。