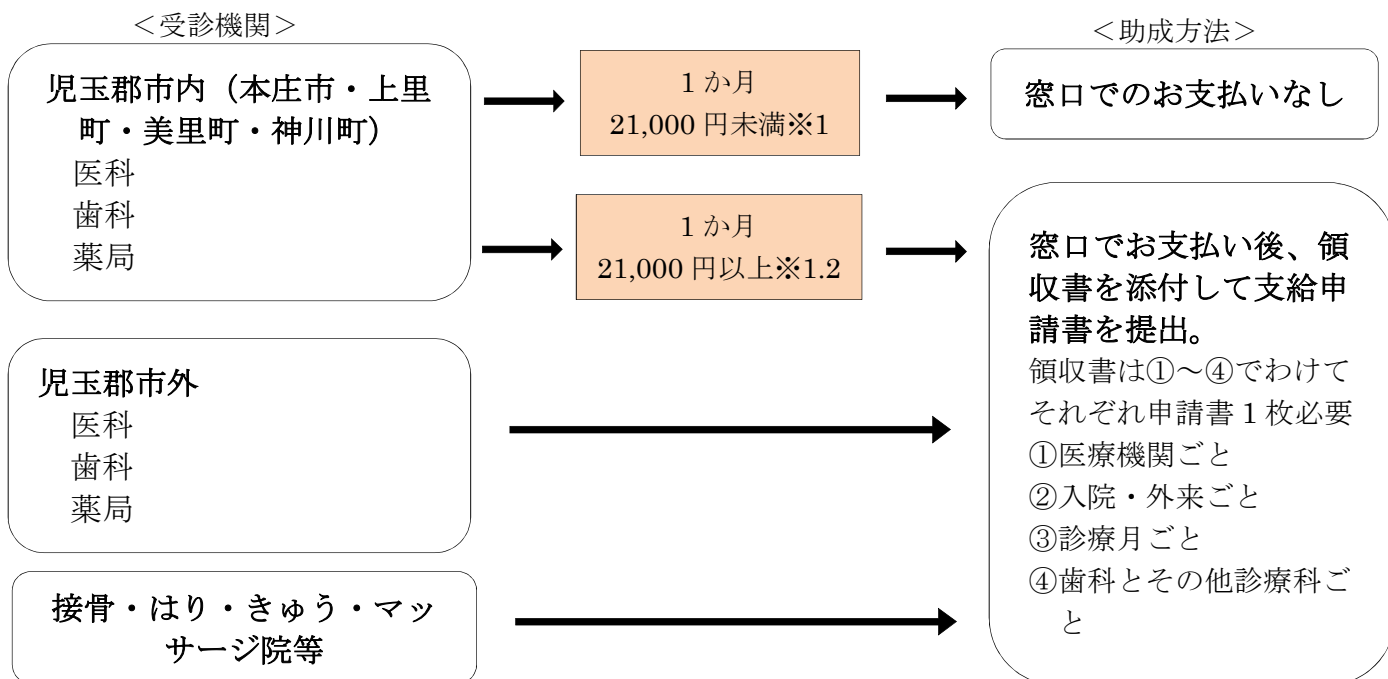


重度心身障害者医療費助成について

助成を受ける際は、医療機関の窓口で健康保険証と併せて受給者証（オレンジ色）を提示してください。



※1 1 か月 1 医療機関（総合病院は 1 診療科）の入院・外来別で保険適用となる本人負担分。

※2 21,000 円以上の支払いで本庄市の国民健康保険以外の健康保険に加入されている場合は、附加給付金、高額療養費が支給されるかご確認いただき、各健康保険からの支給決定通知書等を申請時に提出してください。

<人工透析などの特定疾病で院外処方により薬局を受診した場合>

窓口での支払いが必要となります。この場合には、ご加入の健康保険から高額療養費として還付される可能性があります。病院分を本庄市役所障害福祉課または児玉総合支所市民福祉課に申請し、薬局分はご加入の健康保険へ申請してください。なお、還付が受けられない場合には、本庄市役所障害福祉課（電話：0495-25-1125）へお問い合わせください。

<助成金額の計算及び振込時期について>

医療費助成金は、保険適用となる本人負担分医療費及び食事療養標準負担額（満 18 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日までの入院時に限る）から、ご加入の健康保険より支給される附加給付金、高額療養費を控除した金額です。附加給付金、高額療養費の支給が見込まれる場合には、健康保険からの支給額が確定するまで医療費助成金の振込ができません。

振込は、毎月 15 日までに申請のあったものを、翌月の 15 日（15 日が休日の場合はその前の平日）に行います。ただし、接骨・はり・きゅう・マッサージ院等及び 21,000 円以上の申請の場合は早くても診療月の 3 ヶ月後の 15 日となります。なお、医療費の支払い日の翌日から 5 年を経過すると助成できません。

<申請書の提出先>

本庄市役所 障害福祉課（TEL：0495-25-1125）

児玉総合支所 支所市民福祉課福祉係（TEL：0495-72-1333）

(支給申請書 記入例)

0

3

様式第4号

申請者記入欄

障

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 本 庄 市 長

住 所 本庄市本庄3-5-3

氏 名 本庄 太郎

電 話 (25) 1111

下記のとおり医療費を申請します。

受 給 者	受給者番号	2××××××× (受給者証の2から始まる7桁の番号)	加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員の氏名	本 庄 太 郎
	フリガナ 氏 名	ホンジョウ タロウ ----- 本 庄 太 郎		記号番号	本 庄 1 1 1 1 1 1 1 1 (保険証に記載されている記号番号)
	生年月日	S 4 5 年 4 月 1 日		名 称	本 庄 市 健保(国保)共済 協会けんぽ