

## 医療費給付申請について

### 【この申請書は】

乳幼児、妊産婦、重度心身障害者、母子家庭の医療費の市役所窓口用の給付申請書です。この申請書で、医療機関等に申請することはできません。

乳幼児、妊産婦、重度心身障害者は様式第6号（第9条関係）を、母子家庭は様式第6号（第5条関係）を提出してください。なお、申請書は一医療機関、一診療科ごとに月一枚、入院、外来それぞれに月一枚提出が必要です。

### 【記入要領】

医療費給付を申請する日（市役所に提出する日）を記入してください。

申請者の住所、氏名、電話番号を記入し、押印（認印で可）してください。

申請者は、乳幼児にあつては父親等の保護者、妊産婦及び重度心身障害者は本人又は保護者、母子家庭は本人か保護者である母親となります。

給付を申請する診療月を記入してください。

事業名を記入してください。

事業名は、乳幼児、妊産婦、重度心身障害者、母子家庭のいずれかを記入。

受給者名、性別のいずれかに、受給者番号を記入してください。

健康保険証の記号番号、種別、区分、保険者名を記入してください。

医療機関等記入欄は、診療を受けた医療機関等から証明を受けてください。また、医療機関等の証明に代えて、領収書を添付することもできます。ただし、この場合の領収書とは、医療機関等記入欄の内容が記載されているものに限りです。

二重線の枠内、給付金の申請額の欄は記入しないでください。

### 【申請方法】

医療費給付申請書、健康保険証、受給者証を本所市民課給付係（西館1階）か総合支所市民福祉課総合窓口係（1階）に提出してください。

### 【問い合わせ先】

〒028-0592 岩手県遠野市東館町8番12号

遠野市役所本所 生活環境部市民課 給付係

TEL 0198-62-2111 内線253