

後期高齢者医療制度に関すること。

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>葬祭費支給申請書</b></p>                  | <p>【内容】<br/>○被保険者が死亡したとき、葬祭を行った方に対し、葬祭費として5万円を支給します。<br/>※市役所から、対象者に申請書を郵送します。<br/>記載例を参考に記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p>                      | <p>【添付書類】<br/>1. 喪主の方が記載されている書類<br/>(会葬礼状、葬儀の領収書等)<br/>※コピー可</p>                                      |
| <p><b>療養費支給申請書</b></p>                  | <p>【内容】<br/>○医療費の全額を支払ったとき、申請により支払った費用の一部の払い戻しを受けられます。<br/>※申請書をダウンロードし、記載例を参考に記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p>                                 | <p>【添付書類】<br/>1. 支払領収書<br/>2. 医師の指示書<br/>※1. 2とも原本を添付</p>   |
| <p><b>高額療養費支給申請書</b></p>                | <p>【内容】<br/>○同じ月の中で、医療機関に支払った医療費の自己負担額を合算して、自己負担額限度額を超えた部分について支給します。<br/>※後期高齢者医療広域連合から、対象者に申請書が郵送されます。必要事項を記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p>    | <p>【添付書類】<br/>1. 振込先預金口座の確認ができるもの<br/>(通帳やキャッシュカードなど)<br/>2. 個人番号カード又は個人番号通知カード<br/>※1. 2ともコピーを添付</p> |
| <p><b>高額介護合算療養費等支給申請書</b></p>           | <p>【内容】<br/>○医療保険と介護保険の両方の自己負担があり、自己負担額を合計して、限度額を超えた場合は、申請により超えた分が支給されます。<br/>※市役所から、対象者に申請書を郵送します。<br/>記載例を参考に記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p> | <p>【添付書類】<br/>1. 振込先預金口座の確認ができるもの<br/>(通帳やキャッシュカードなど)<br/>2. 個人番号カード又は個人番号通知カード<br/>※1. 2ともコピーを添付</p> |
| <p><b>被保険者証等再交付申請書</b></p>              | <p>【内容】<br/>○被保険者証が破けたり、汚れたり、紛失したときは申請により再交付します。<br/>※申請書をダウンロードし、記載例を参考に記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p>                                       | <p>【添付資料】<br/>1. 破れたり、汚れたりした場合はその被保険者証</p>  |
| <p><b>帳票等送付先変更届</b></p>                 | <p>【内容】<br/>○被保険者が高齢等により書類のやり取りが困難な場合に、帳票等の送付先を変更することができます。<br/>※申請書をダウンロードし、記載例を参考に記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p>                            | <p>【添付書類】<br/>1. 届出人の本人確認資料<br/>(運転免許証・パスポート等)<br/>※コピーを添付</p>  |
| <p><b>人間ドック健診費補助金交付申請書<br/>兼請求書</b></p> | <p>【内容】<br/>○人間ドックを受診した被保険者に対し、受診したときにかかった費用の一部を助成します。<br/>※<u>受診後</u>に申請書をダウンロードし、記載例を参考に記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p>                      | <p>【添付書類】<br/>1. 人間ドック健診結果表<br/>2. 人間ドックに要した費用の領収書<br/>※1はコピーを添付。2は原本を添付</p>                          |
| <p><b>脳ドック健診費補助金交付申請書</b></p>           | <p>【内容】<br/>○脳ドックを受診する被保険者に対し、受診するときに係る費用の一部を助成します。<br/>※<u>受診前</u>に申請書をダウンロードし、記載例を参考に記入後、市役所医療保険課へ郵送してください。</p>                         |   |