

重度心身障害者医療費助成受給資格登録変更届

年 月 日

南房総市長 宛

申請者 住 所
氏 名 (印)
療養者との続柄()
電話番号

次のとおり重度心身障害者医療費助成受給資格登録の内容に変更がありましたので、届け出ます。

添付書類：① 受給券

- ② 療養者の健康保険証の写し(療養者が南房総市国民健康保険又は後期高齢者医療の場合、裏面の同意書に署名がある場合は、写しは必要ありません。)
- ③ 市町村民税証明書等(市町村民税額・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの)
※裏面同意書に署名された方で、市の公簿等で確認できる方は必要ありません。
- ④ その他市長が必要と認める書類

療養者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所				
保加入医療	健康保険名称				
	被保険者名		資格取得年月日	年 月 日	

療養者と同一世帯に属し、同一保険に加入している世帯員の氏名等	氏 名	生 年 月 日	続 柄	住 所	市町村民税所得割額	市町村民税均等割額

- ※ 療養者が社会保険等の被保険者の場合は記入の必要はありません。
- ※ 療養者が社会保険等の被扶養者の場合は被保険者の氏名等を記入してください。
- ※ 療養者が南房総市国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者の場合は、裏面同意書に記入及び押印があれば、記入の必要はありません。

承 諾 欄

市と保険者が、私の重度心身障害者医療費等の算定に必要な医療費等の受給資格及び医療費情報を交換すること、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することを委任し、高額療養費について市が過払となっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を市へ支払います。その他、市が負担した医療費について、付加給付金等を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を市へ支払います。

年 月 日

療養者氏名 (印)

療養者と同一世帯に属し、同一保険に加入している世帯員の氏名 (続柄) (印)

同上 (続柄) (印)

同上 (続柄) (印)

同上 (続柄) (印)

