# 記入例

①受給者番号をご記入ください。
重度心身障害者等医療費助成制度
受給資格証の一番上にある８ケタの番号

②受診者の氏名、生年月日、診療月をご記入ください。

③受診者の健康保険証についてご記入ください。
ア　保険者の名称
イ　記号　番号
ウ　被保険者氏名
エ　受診者の資格取得日（認定年月日）

| | |
|---|---|
| 重度心身障害者等医療費助成制度・受給者番号 | 受給者番号（受給資格証の一番上にある８ケタの番号）<br>１ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８ |
| 受診者 | 氏名　鹿児島　桜子<br>S・H・R　５０年　８月　１日生　　診療月　R３年　１月 |
| 加入保険 | 保険者名　〇〇〇〇　国保組合・健保組合・共済組合<br>記号　〇〇〇〇〇〇〇〇　番号　〇〇〇〇<br>被保険者名　鹿児島　太郎　資格取得日S・H・R　２５年　８月　１日 |

## 同　意　書

重度心身障害者等医療費助成金の支給を受けるために必要な情報を、保険者が鹿児島市に送付することに同意します。令和３年１月１５日

※下の氏名は被保険者名をご記入ください。保険証に「被扶養者」と記載がある方は、（被保険者　例：配偶者や子の氏名）をご記入ください。

氏名　鹿児島　太郎　（署名または記名押印）

ＴＥＬ

## 保険者回答欄

【所得区分】
R　年　月から

診療月含む直近１２カ月間
高額該当回数　回目

④提出日、被保険者の氏名をご記入ください。

保険者が記載する欄となります。何も記入しないでください。