別記様式第５号（第７条関係）

精神障害者医療費受給者証記載事項等変更届

年　　　月　　　日

　府中市長　様

届出者住所

氏名

　次のとおり変更がありましたので、府中市精神障害者医療費支給条例施行規則第７条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 変更事項 | 氏名・住所・医療保険の加入状況・その他（　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 変更事項 | 変更後 | 変更前 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 医療保険の加入状況 | 保険者名称 |  |  |
| 保険証記号番号 |  |  |
| 被保険者氏名 |  |  |
| 被保険者との続柄 |  |  |
| 扶養義務者又は配偶者の状況 | 扶養義務者又は配偶者の氏名 | （個人番号　　　　　　　　　） |  |
| 扶養義務者又は配偶者の住所 |  |  |
| 受給者との続柄 |  |  |
| 　府中市精神障害者医療費支給条例の規定による医療費の支給に係る要件の審査について、府中市が所得の状況、世帯の状況等について調査をすることに同意します。なお、このことについては、配偶者及び扶養義務者の同意を得ています。氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |

　注　変更事項については、変更があつた箇所のみ記載してください。

別記様式第６号（第８条関係）

精神障害者医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

　府中市長　様

届出者住所

氏名

　次のとおり精神障害者医療費の受給資格を喪失したので、精神障害者医療費受給者証を添えて届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 受給者氏名 |  |
| 資格喪失年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 資格喪失理由（該当するものを○で囲んでください。）１　市外転出　（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　死亡３　生活保護の開始４　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

別記様式第７号(第１０条関係)

**精神障害者医療費支給申請書（償還払分）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 住　　　所： 氏　　　名：生年月日：  | 〒府中市　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 公費負担者番号 |
| ９１３４０５８　 |
| 受給者番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者の加入医療保険 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 記号（　　　　　　　）番号（　　　　　　　） |
| 被保険者氏名（　　　　　　　　）　　 付加給付の有無・内容： 無　　　有（　　　　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 　　　　　 | 銀行・農協信用金庫信用組合 | 　　　　　 | 本　　店支　　店支　　所 | 普通・当座 | 口座番号（右づめ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カタカナ）： 　　　　　　　　　　　　　　　　 　※申請者と異なる場合は、委任状が必要です。 |
| 上記のとおり申請します。　　　　年　　月　　日　　府中市長　様 | 申　請　者（受給者証の保護者名） | 　　　　　　　□受給者住所と同じ。 |
| 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　（　　　　）　　　　－ |
|  |
| ※医療機関等証明欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療報酬領収証明書 |
| 氏　名 | 　　　　　　年　　　　月　診療分 | 入院　・　入院外 |
| 診療日数　　　　　　　　　　　日 | 医科・歯科・調剤・その他 |
| 　　　保険医療総医療費（総点数×１０） | 領収額 |
| 合計（薬剤一部負担金含む。） |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| （再掲） | 入院外　１日目 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 入院外　２日目 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 入院外　３日目 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 入院外　４日目 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 入院外　５日目以降計 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 上記のとおり証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日所在地名称氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 申請者 | 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　（　　　　）　　　　－ |
| 注１　この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。　２　申請書の上段の欄は、申請者が記入してください。　３　中段の診療報酬領収証明書の欄は、医療機関等で記入してもらってください。なお、「保険給付が行われていることを証明する書類」を添付するときは記入の必要はありません。　４　薬剤一部負担がある場合は、その額を保険医療総医療費の合計及び領収額の合計にそれぞれ含めた額を記入してください。ここから下は記入しないでください。 |
| 決定 | 総医療費　A | 保険給付額　B | 他公費負担額　C | 一部負担金額　D | 支給決定金額　EE＝A－（B+C+D） |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| □（国保・後期・社保）治療用装具　　□（国保・後期・社保）高額療養費　　□特定疾患自己負担金□特定疾病自己負担金　　　　　　　　□その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

別記様式第８号（第１３条関係）

第三者の行為による傷病届

年　　月　　日

　府中市長　様

届出者　住所

氏名

　次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 受給者番号 |  | 氏名 |  |
| 加害者 | 住所 |  | 氏名 |  | 職業電話番号 |
| 加害者の使用者 | 住所 |  | 氏名 |  | 職業電話番号 |
| 負傷の日時及び場所 | 　　　　年　　月　　日 | 午前午後 | 　時　分頃　場所 |
| 事故の発生状況 |  |
| 疾病又は負傷の程度 |  | 治癒までの見込み | 入院　　　　　　　　　　日通院　　　　　　　　　　日診療費総額　　　　　　　円 |
| 診療を受けた医師 | 当初 | 住所 | 電話番号 | 氏名 |  |
| 転医後 | 住所 | 電話番号 | 氏名 |  |
| 自動車事故の場合 | 車両番号 |  |
| 自動車所有者 | 氏名 |  | 住所 | 電話番号 |
| 自動車損害賠償責任保険の保険会社 | 名称 |  | 所在地 | 電話番号 |
| 損害賠償に関する交渉の経過 |  |