

様式第5号(第7条関係)

- (注) 1. 各月ごとに記入してください。
2. この申請書を提出の際は **医療証・保険証** をご持参ください。
3. 申請期限は **受診の翌月から、1年以内** です。

受付印

[受給者記入欄]

障害者医療費助成金支給申請書

大分市長 殿 令和 年 月 日

受給者 住所 大分市

氏名

☎

(外 枚)
登録した指定口座に
振込み願います

医療証番号		加入医療保険									
		保険者番号									
		保険者(健康保険)名									
		被保険者氏名									

※ 欄は記入しないでください。

高額区分

医療形態

[医療機関等記入欄]

保険診療額(領収)証明

対象者氏名(患者)	医療機関コード			
対象者生年月日	明・大・昭 平・令	年 月 日生	診療科	
診療年月	令和 5 年 月 日	入院日数	外来日数	
保険診療総点数	入院	入院外	歯科	調剤
保険診療自己負担額	円	円	円	円
特記療養	A 継続療養 B 老人医療(前期高齢者) 2 補装具 3 その他の療養費 4 訪問看護療養費 5 特定疾病 8 その他の公費負担医療 9 未熟児医療 10 高額委任払 11 自立支援医療			データ区分 <input type="checkbox"/> 療養区分 <input type="checkbox"/>
乳幼児医療にかかる保険点数の内容について		[調剤薬局記入欄] 処方せん発行の医療機関について		
1回目 点	4回目 点	医療機関名称	調剤点数	本人負担額
2回目 点	5回目以降 点	①	点	円
3回目 点		②	点	円
医療機関等所在地				
名称				
氏名				

※総点数欄は、柔整・訪問看護については、円表示で証明してください。

[大分市記入欄]

高額限度額

付加給付金

高額回数

円

円