

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		3	9	4	4	2	0	1	7
										保険者(健康保険)名		大分県後期高齢者医療広域連合							
										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		月分	入院日数		日	外来日数		日
		入院		入院外		歯科		調剤				
保険診療総点数		点		点		点		点				
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)				データ区分 <input type="checkbox"/>						
○をしてください		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				療養区分 <input type="checkbox"/>						
		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										
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												
(印)												

※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