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以下のものをご持参ください。
①医療証，　**②加入中の健康保険の情報が分かるもの**
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
○をしてください

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
療養区分

※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。

乳幼児医療にかかる保険点数の内容について

1回目　　点　　4回目　　点
2回目　　点　　5回目以降　　点
3回目　　点

〔調剤薬局記入欄〕　処方せん発行の医療機関について

	医療機関名称	調剤点数	本人負担額
①		点	円
②		点	円

医療機関等所在地

名称

氏名　　㊞

〔大分市記入欄〕

高額回数		高額限度額	円	付加給付金	円