

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								
			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	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		
保険診療自己負担額			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				
○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				
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