

重度心身障がい者

医療費受給者証

※ 大分市は障がい者医療証

窓口^{まど}に提示^{ていじ}しましたか？

重度心身障がい者医療費受給者証 (自動償還払方式) 障	
公費負担者番号	840000000
受給者番号	1234567
対象者	住所 見本 ○○市
	氏名 ○○ ○○
	生年月日 年 月 日 男 女
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関	大分県 市町村長 印
交付年月日	年 月 日

病院・診療所・薬局・訪問
看護で提示が必要です！



注 意 事 項

受給者証を提示しないと自動償還が受けられず、市町村への申請が必要となる場合があります。

■ 以下の場合は市町村への申請が必要です。

- 県外の医療機関を受診した場合
- あんま・マッサージ・指圧・針灸・柔道整復等を受診した場合
- 治療用装具の自費払いがある場合

お問い合わせは、お住まいの市町村の障がい福祉担当課まで