様式第２号（第４条関係）

阿南市ひとり親家庭等医療費助成申請書（柔道整復師の施術に係る療養費一部負担金受領委任払用）

	年		月　施術分　（ひ）

受給者番号							

受診者	フリガナ 氏　名	（男・女）
	生年月日	年　月　日

加入保険				
被保険者（組合員・世帯主）の氏名・住所	氏名	住所		
記号番号		保険種別	協会・船員・日雇・組合・共済・　国保・高・その他（　　）	
保険者	番　号	受診者自己負担割合	１割　・　２割　・　３割	
	名　称			

保険施術証明書

施術年月		日数	療養費合計（療養費総額）	療養費保険支給額（請求額）	療養費患者一部負担金額	他法負担額等控除額*	自己負担※1,000円まで	医療費助成申請額
年	月		a	b	c	d	e	c−d−e
		日	円	円	円	円	円	円

施術日（○）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
備　考	＊他法負担額がある場合は内容を記入（　　）

上記のとおり保険施術したことを証明します。

年　月　日　所在地

施術所名称

電話番号

柔道整復師　氏名

柔道整復師登録記号番号		施術所コード	

振込先金融機関				
	銀行・金庫・農協		本店・支店	
	フリガナ		種　別	当座　・　普通　・　その他（　　）
	口座名義		口座番号	

阿南市長　宛て

上記金額の助成を請求し、その受領を上記の柔道整復師に委任します。
また、この請求に係る受診者の療養費支給状況について、貴市が保険者に照会し回答を求めることに同意します。

年　月　日

受給者　住　所

氏　名

＊被保険者（上記加入保険欄の者）が受給者と異なる場合、以下も署名又は記名・押印。（ただし、同一の場合は記入不要。）

被保険者（上記加入保険欄の者）　住　所　上記加入保険欄と同じ

氏　名

※ひとり親家庭等の自己負担は、療養費支給申請書ごとに1,000円までです。