

阿南市重度心身障がい者医療費助成申請書（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	(重)	受診者	フリガナ氏名	(男・女)
受給者番号(重度)				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		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()		
	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*	医療費助成申請額
年 月		a	b	c	d	c-d
	日	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

住所

受給者 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。)**

住所 上記加入保険欄と同じ

被保険者(上記加入保険欄の者) 氏名

この欄は受給者が署名してください。ただし、受給者が署名できない場合は代理記名の上、押印してください。