

阿南市こどもの医療療養費請求書

(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

受診者	フリガナ氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日

受給者番号 (子ども)	●	●	●	●	●
-------------	---	---	---	---	---

加入保険者	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 ()
	番号	名称	受診者自己負担割合	1割・2割・3割

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*	医療費助成請求額
年 月	日	a	b	c	d	c - d
		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 (受給者証記載の者)

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。