

阿南市重度心身障がい者医療費助成申請書

(はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧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・後期・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

施術区分		1 はり・きゅう					2 あん摩マッサージ指圧				
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	他方負担額等控除額*	医療費助成申請額				
年	月		a	b	c	d	c - d				
		日	円				円				
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									
訪問1①											
通院②											
往療③											

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
 施術者 氏名

施術者登録記号番号

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

上記金額の助成を申請し、その受領を上記の施術者に委任します。
 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。