

阿南市こどもの医療費助成申請書

(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	(こ)	受 診 者	フリガナ 氏 名		(男・女)	
受給者番号 (子ども)										

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・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				
		a	b	c	d	c - d				
年	月	日	円							円

施術日	訪問1①	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									
通院	訪問2②										
往療	訪問3③										

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。