様式第５号（第４条関係）

阿南市ひとり親家庭等医療費助成申請書

（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	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・後期・その他（　　）	
保険者 番号		受診者自己負担割合	１割・２割・３割	
保険者 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 年	施術年月 月	日数	療養費合計（療養費総額） a	療養費保険支給額（請求額） b	療養費患者一部負担金額 c	他方負担額等控除額＊ d	自己負担額※1,000円まで e	医療費助成申請額 c－d－e
		日	円					円

施術日 通院○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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

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

※ひとり親家庭等の自己負担額は、療養費支給申請書ごとに1,000円までです。