

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 (こ)

受給者番号 (子ども)

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  
被保険者証等記号番号 保険種別 協会・船員・日雇・組合・共済・国保・高・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。  
平成 年 月 日 所在地  
施術所名称  
電話番号  
柔道整復師 氏名 印

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 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。  
平成 年 月 日  
住所  
受給者 (受給者証記載の者) 氏名 印  
\*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 印