

様式第2号(第4条関係)

阿波市あわっ子はぐくみ医療療養費請求書(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 (子)

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 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・後・その他( ) 受診者自己負担割合 1割・2割・3割

保険施術証明書 Table with columns: 施術年月, 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, 他法負担額等控除額\* d, 子ども自己負担額(再掲)600円まで e, 医療費助成請求額 c-d

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 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

阿波市長様 上記金額の助成を申請し、その受領を上記の柔道整復師に委任します。 また、この申請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 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・押印すること。(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

※ピンク、ふじ色、水色の受給者証の方は自己負担対象者ですが、阿波市においては市が負担するため、再掲として内訳の金額を記入してください。