

様式第1号(第4条関係)

阿波市重度心身障害者医療費助成申請書 (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	(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	被保険者(組員・世帯主)の氏名・住所		氏名	住所		
	被保険者証等記号番号		番号	保険種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後・その他()	
	保険者		名称	受診者自己負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	

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*	医療費助成申請額
年	月						
		日	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。
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