

様式第2号

石井町子ども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・高・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 乳幼児等自己負担額※600円まで e 医療費助成請求額 c-d-e

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

石井町長 殿

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、貴町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

※子どもはぐくみ医療費自己負担額は、3歳に達する日の属する月の翌月の初日から療養費支給申請書ごとに600円まで。(受給者証参照) (1日生まれの方は、3歳の誕生日の月からになります。)