

様式第2号(第4条関係)

上板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() 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* 子どもはぐくみ医療自己負担額 ※600円まで 医療費助成請求額

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

上板町長 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の自己負担額は、3歳に達する日の属する月の翌月の初日(1日生まれの場合は、3歳誕生日の月)から療養費支給申請書毎に600円まで。(受給者証参照)