

勝浦町 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	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

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	銀行・金庫	本店・支店
-------------	-------	-------

振込先 金融機関	フリガナ	種別	当座・普通・その他( )
	口座名義	口座番号	

勝浦町長 殿

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 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  
被保険者(上記加入保険欄の者) 氏名

住所 上記加入保険欄と同じ

氏名

印