

小松島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)	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	

小松島市長 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 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