

様式第2号 (第5条関係)

美馬市重度心身障がい者等医療費助成申請書 (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・後・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		a	b	c	d	c-d
	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		

美馬市長 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。(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