

様式第1号(第4条関係)

那賀町重度心身障害者医療費助成請求書(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 | (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* | 医療費助成請求額 |
| 年 月 | 日 | 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 | | | |

那賀町長 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 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