

鳴門市ひとり親家庭等医療療養費助成請求書 (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 (ひ)

受診者	フリガナ氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日

受給者番号 (対象児童)							
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

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*	ひとり親家庭等医 療費自己負担額※ 1,000円まで	医療費助成請 求額
年	月							
		日	円	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		

鳴門市長 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

※ひとり親家庭等医療費自己負担額は、療養費支給申請書ごとに1,000円まで(受給者証参照)。