様式第1号

佐那河内村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)

受給者番号（重度）								

受診者	フリガナ 氏名	（男・女）
	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（　　）
保険者 番号		受診者自己負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
保険者 名称			

保険施術証明書

施術年月 年	施術年月 月	日数	療養費合計（療養費総額） a	療養費保険支給額（請求額） b	療養費患者一部負担金額 c	他法負担額等控除額＊ d	医療費助成申請額 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	

佐那河内村長　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、貴村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

受給者　住所

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。）

被保険者（上記加入保険欄の者）　住所　上記加入保険欄と同じ

氏名　印