

別記様式第3号

徳島市ひとり親家庭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	(ひ)	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	保 険 種 別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・ 高・その他( )
	被保険者証 等記号番号			受診者自己負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
	保 険 者 番 号 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*	自己負担額 1,000円まで	医療費助成申請 額
年	月							
		日	円	円	円	円	円	円

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		

徳 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

※ひとり親家庭等児童の自己負担額は、療養費支給申請書ごとに1,000円まで(受給者証参照)で、父母は助成対象外です。