

別記様式第2号

徳島市子ども医療費助成申請書 (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	(子)		
						受診者	フリガナ氏名 (男・女)
受給者番号 (子ども)						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	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*	子ども自己 負担額※ 600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

※子ども医療費の自己負担額は、3歳に達する日の属する月の翌月の初日から療養費支給申請書ごとに600円まで(受給者証参照)。(1日生まれの方は、3歳の誕生日の月からになります。)