

様式第2号(第5条関係)

吉野川市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・後・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		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*	医療費助成申請額
年	月						
		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			

吉野川市長 様

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・押印すること。(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