

様式第1号 (第5条関係)

吉野川市子どもはぐくみ医療療養費請求書 (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 (子)

受診者	フリガナ氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日

受給者番号 (子ども)									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	保険者名称	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*	子ども医療自己負担額※ 600円まで	医療費助成請求額
年 月	日	a	b	c	d	e	c-d-e
		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		

吉野川市長 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