

様式第1号(第4条関係)

鳴門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一部負担金受領委任払用)

	年		月	施術分	重	受診者	フリガナ 氏 名	
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	
	電子資格確認 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
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) 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
年	月					
		日	円	円	円	円

施術日 (○を囲んでく ださい)	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。

令和 年 月 日 所 在 地
施術所名称
電 話 番 号
柔道整復師 氏名

柔道整復師登録記号番号		銀行・金庫		施術所コード		本店・支店	
金 融 振 機 込 関 先	フリガナ				種 別	当座・普通・その他()	
	口座名義				口座 番号		

(宛先)
鳴 門 市 長

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。

令和 年 月 日
受給者 住 所
氏 名
連絡先

※被保険者(上記加入保険欄の者)が受給者と異なる場合、以下も記入。(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
連絡先