様式第3号(第4条関係) 鳴門市重度心身障害者等医療費助成申請書 (はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費一部負担金受領委任払用) フリガナ 受 年 月施術分 氏名 診 (男・女) 受給者番号 者 生年月日 年 月 日 (重度) 被保険者(組合員 氏名 住所 加 ・世帯主)の住所 氏名 入 電子資格確認等 協会・船員・日雇・組合・共済・国保 記号番号 保険種別 後期・その他( 保 保 番号 険 受診者自己 険 1割 ・ 2割 ・ 3割 名 称 者 負担割合 保険施術証明書 2 あん摩マッサージ指圧 1 はり・きゅう 施術区分 療養費合計 療養費保険支給 療養費患者一部 他法負担額等控 医療費助成申請 施術年月 額 |(療養費総額) 額(請求額) 負担額 除額※ 日数 年 月 d c-d 円 円 円 円 円 日 備 考 ) \*他法負担額がある場合は内容を記入( 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 通院〇 往療◎ 上記のとおり保険施術したことを証明します。 所在地 月 日 年 令和 施術所名称 電話番号 施術管理者氏名 施術管理者登録記号番号 機関コード 本店·支店 銀行・金庫 振 込 先 フリガナ 種別 当座・普通・その他( 金融機関 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、その受領を上記の施術者に委任します。 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 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