様式第1号(第5条関係)

美馬市みまっこ医療費療養費請求書(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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | み | | 受診者 | フリガナ  氏名 | (男・女) |
|  | 年 |  | | 月 | | | 施術分 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号  (みまっこ) | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| 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 |
| 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 | | | 医療費助成  請求額  c－d | | |
| 年 | | 月 | |
|  | |  | | 日 | | | 円 | | | 円 | 円 | | | | 円 | | | 円 | | |
| 施術日(○) | | | | | | 12345678910111213141516171819202122232425262728293031 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　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 | | | | | | | | |  | | | | 施術所コード | | | | | |  | |
| 振込先  金融機関 | | | | | 銀行・農協 | | | | | | | | 本店・支店  本所・支所 | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | 種別 | | | 当座・普通・その他(　　　　) | |
| 口座名義 | | | |  | | | | | | | 口座番号 | | |  | |
| 美馬市長　殿  　　上記金額の助成を請求し、その受療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。  　　　　　年　　月　　日  住所  受給者(受給者証記載の者)  氏名  ＊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。(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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |