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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |