

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)

年  月  施術分 み

受給者番号  
(みまっこ)
 

--	--	--	--	--	--	--	--

受 診 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	(男・女) 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)	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 *	医 療 費 助 成 請 求 額
年	月		a	b	c	d	c-d
		日	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。

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