

重度心身障がい者医療費助成における医療助成費支給申請書

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧（ 年 月 施術分）

（受領委任払い用）

公費番号		81090011		加入 保 険	被保険者氏名		
受給者番号					保険証記号番号		
受診者	氏名				保 険 者	番 号	
	生年月日	年 月 日		名 称			
保 険 診 療 証 明 書							
療養費	日数等	金額(10割)	施術の種類		<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧		
初検料	—	円					
施術料	日	円					
往療料	日	円	自己負担割合 (b)	1・2・3 割			
施術報告書交付料	回	円	一部負担金相当額 (a×b)		円		
合計 (a)	日	円	請求額 (医療助成費)		円		
施術日 (施術日に○)	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						
上記のとおり施術したことを証明します。				施術管理者登録記号番号 0 9			
(委任状 (別記第4号様式) 提出済みの場合、当該代理人に、上記医療助成費の受領を委任します。)				所在地 施術所名称 施術管理者 電話番号			
年 月 日				印			
振込先金融機関	届出口座に振込						

受給者記入欄	宇都宮市長 様	受給資格者
	上記のとおり申請します。	住 所
	なお、この医療助成費の受領を上記の者に委任します。	氏 名
	年 月 日	電話番号
		印
(自筆の場合は印鑑省略可)		

※ 健康保険が適用となる施術が助成対象です。