

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（令和 年 月 施術分）

（受領委任払い用）

公費番号		8 1 0 9 0 0 1 1				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	☐ はり				
初 検 料		—		円			☐ きゅう				
施 術 料		日		円			☐ はり・きゅう併用				
往 療 料		日		円			☐ あん摩マッサージ指圧				
施術報告書交付料		回		円		自己負担割合 (b)			1 ・ 2 ・ 3 割		
明細書発行加算		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									
施術管理者登録記号番号											
上記のとおり施術したことを証明します。						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					
令和 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		氏 名		
	上記の者に委任します。		電 話 番 号		
	令和 年 月 日				
				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。