

91 重度心身障害者
90 乳 幼 児
92 ひとり親家庭等

医療費支給申請書
(柔道整復師用)

(平成 年 月分)

市 町 長 殿

平成 年 月 日

福祉医療費の負担者番号		医療費受給者証の受給者番号	
受給者の氏名・住所			
生年月日	大・昭・平 年 月 日 男・女	本人・家族の区分	2本・4六・6家・8高一・0高7
被保険者証 又は 組合員証	記号	保 険 種 別	協・船・日・組・共・国・退本・退家・高
	番号	保 険 者 名	
負 傷 名		負傷年月日	実日数
(1)		年 月 日	治癒・中止・転医
(2)		年 月 日	治癒・中止・転医
(3)		年 月 日	治癒・中止・転医
(4)		年 月 日	治癒・中止・転医
(5)		年 月 日	治癒・中止・転医
総 施 療 費	円	窓口徴収額内訳	備 考
保 険 給 付	円	1日目 円	
窓 口 徴 収 額	円	2日目 円	
請 求 金 額	円	3日目 円	
※ 支 払 金 額	円	4日目 円	
		計 円	
上記のとおり施術したことを証明します。			
平成 年 月 日		住 所 柔道整復師 氏 名	印
上記の施術に要した費用の額（請求金額）を支給申請します。 私の受ける上記金額の受領方を施術をした柔道整復師に委任します。			
平成 年 月 日		住 所（住所は上記に同じ） 受給者 氏 名	
振込希望金融機関名及び口座番号			

(注)

4 3 2 1
重度心身障害者・乳幼児・ひとり親家庭等の文字は該当のものを○で囲むこと。
負傷の原因については、保険の療養費支給申請書に記載する場合の例により備考欄に記入すること。なお、負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、この申請書に「第三者行為による負傷」を添付すること。
委任を受けない場合には「私の受ける上記金額の受領方を施術をした柔道整復師に委任します。」を抹消すること。また、施術日については備考欄に記入すること。
※印欄は記入しないこと。

重度心身障害者・乳幼児・ひとり親家庭等

医療費支給決定通知書

市 町

施 術 年 月	施術を受けた者の氏名	施 術 者 の 氏 名	支 給 決 定 額
平成 年 月分			※ 円

施術料が委任払いでないときは、この通知書は必要ありません。