

医療費支給申請書

(柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう等用)

㊦

三豊市長様

受給者	受給資格者 証 番 号	
	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
被保険者	氏 名	

年 月 日

次のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

(施術者記入欄)

療養費に係る一部負担金額の証明						
年	1 社保 2 国保 3 後期			負 担 割 合		
月分				1割	2割	3割
療 養 費 の 総 額				円		
一 部 負 担 金 額 (本 人 負 担 額)				円		
施 術 日 数				日		
証明年月日		年 月 日				
医療機関コード				施術者の資格		
				住所及び氏名		
				㊦		

市事務処理欄

本人負担額	高額医療費	附加給付額	支給決定額	重心・ひとり親 の重複の有無	備 考
				有・無	
受付年月日	年 月 日	決 裁			
決裁年月日	年 月 日				
支給年月日	年 月 日				