

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)

重

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

下記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 月分	1 社保 2 国保 3 後期			負担割合		
				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

印

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				