

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)

- 重度心身障害者等
- ひとり親家庭等

小豆島町長 殿

受 給 者	受給資格者証番号	
	住 所	
	氏 名	
	生 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		負 担 割 合
月分	1 社保 2 国保 3 後期	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

施術者の資格
住所及び氏名

町事務処理欄

本人負担額	高額療養費	付加給付額	対象一部負担金額	控除額	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						