

徳島県児童福祉法による措置費等に係る医療費請求書 (柔道整復師の施術に係る療養費一部負担金受領委任払用)

年	月	施術分	53	受診者	フリガナ 氏名 (男・女)
受給者番号 (施設入所者等)				生年月日	年 月 日

加入保険	被保険者 (組合員・世帯主) の住所氏名	氏名	住所		
	被保険者証等 記号番号		保険種別	協会・船員・日雇・組合・共済・ 国保・後期・その他()	
	保険者 番号		受診者自己 負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	保険者 名称				

保険施術証明書							
施術年月		日数	療養費合計 (療養費総額) a	療養費保険支給額 (請求額) b	療養費患者一部 負担額 c	他法負担額等 控除額* d	医療費請求額 c-d 円
年	月						
		日	円	円	円	円	円
施術日(○)		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					
備考		*他法負担額がある場合は内容を記入()					

上記のとおり保険施術したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地
 施術所名称
 電話番号
 施術管理者氏名 印

柔道整復師登録記号番号	施術所コード
-------------	--------

振込先 金融機関	銀行・金庫		本店・支店	
	フリガナ	種別	当座・普通・その他()	
	口座名義	口座番号		

徳島県知事 殿

上記金額を請求し、その請求及び受領を上記の柔道整復師に委任します。
 また、この請求に係る受診者の療養費支給状況について、貴県が保険者に照会し、回答を求めることに同意します。

令和 年 月 日

受給者 住所
 氏名 印

*被保険者(上記加入保険欄の者)が受給者と異なる場合、以下も記名・押印(ただし、同一の場合は記入不要)。

被保険者(上記加入保険欄の者)
 住所 上記加入保険欄と同じ
 氏名 印