

医療費支給申請書（兼領収書）【はり灸・あんまマッサージ用】

制度区分	重度障がい者医療費助成																		
保険種別	福岡市国保																		
医療証番号	8	0	4	0	5	0	1	2	フリガナ	ホケン タロウ									
	1	2	3	4	5	6	7		対象者氏名	保険 太郎									
健康 保 険	記号・番号							98765432						生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日				
	被保険者氏名							保険 太郎						診療期間	令和 3 年 9 月 5 日 から				
	保険者名							福岡市国民健康保険（東区）							令和 3 年 9 月 15 日 まで				
	保険者番号									4	0	5	0		1	9	（ 2 ） 日間		
申請理由	療養費払い							施術所の 名称・ 所在地			〔名称〕					〇〇鍼灸院			
											〔所在地〕					福岡市中央区天神〇丁目〇番〇号			
区分	はり灸							本人支払額			500円								
<p>・上記のとおり医療費の支給を申請します。</p> <p>・本申請書に基づく医療費に関する受領を下記代理人に委任します。</p>																			
申請者		(住所)		〒 810 - 1000 福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所 保険医療課内															
		(フリガナ)		(ホケン タロウ)															
		(氏名)		保険 太郎															
				(続柄： 本人)															
				(TEL 092-711-4235)															
				令和 3 年 9 月 15 日															
				(あて先) 福岡市 東 区長															
代理人	代理人住所		〒 810 - 1000 福岡市中央区天神〇丁目〇番〇号																
	代理人氏名		〇〇鍼灸院 代表 〇〇〇〇																
振込先	金融機関名		福岡 銀行						天神 支 店										
	預金種別		普通	口座番号		1	2	3	4	5	6	7	口座名義人 (カタカナ)		〇〇ハリキュウイン ダイヒョウ〇〇〇〇				

※太わくの中を記入してください。

事務処理	受付番号	受付年月日	受付者	台帳記入	療養費受付番号	備考		
		申請月日と同日 (. .)						
次のとおり決定してよろしいか (伺)								
総医療費	法定給付		附加給付	助成対象外費用	一部負担金	減額対象医療費	支給決定額	
	円	円						円
円		円	円	円	円	円	円	
決裁年月日		令和	年	月	支給 ・ 不支給	課長	係長	係員
決定通知年月日		令和	年	月				
支給年月日		令和	年	月				