

(※福岡市医療助成用)

医療費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

制度区分 子 障 親

施術所コード

公費負担者番号, 公費受給者番号, 区市町村番号, 受給者番号, 特記事項, 1 社国 3 後高 2 本外 8 高外一, 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7, 給付割合 8 9 10, 種類 04 マ, 保険者番号

対象者欄: 被保険者証等の記号番号, 発病又は負傷年月日, 傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過, 療養を受けた者の氏名, 続柄, 業務上・外、第三者行為の有無, 施術した場所

施術内容欄: 初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名及び症状, 施術料 (マッサージ), 同意部位, 回数, 円 × 回数 = 円, 往療料, 施術報告書交付料, 合計, 対象者負担額, 請求額, 保険給付額

施術証明欄: 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日, 施術所 所在地, 登録記号番号, 名称, 施術師名 氏名, 電話

申請欄: 上記の療養に要した費用に関して、助成費の支給を申請します。 令和 年 月 日, 申請者 住所, 殿 氏名, 電話

支払機関欄: 支払区分 (振込, 郵便局送金), 預金の種類 (普通, 当座, 通知), 金融機関名 (銀行, 金庫, 農協), 口座番号, 郵便局

同意記録: 同意医師の氏名, 住所, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日, 申請者 住所, 氏名, 代理人 住所, 氏名

※ 委任欄には施術対象者が自署してください。ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術師等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。