

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						
<ul style="list-style-type: none"> ・上記のとおり医療費の支給を申請します。 ・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。 															
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						申請者本人の 自署		(続柄: 本人)			
		(フリガナ)		(ホケン タロウ)								(TEL 092-711-4235)			
		(氏名)		保険 太郎											
				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
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					