

- 重度心身障害者等
- ひとり親家庭等
- 子ども

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)

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。

受給者等	受給資格者証番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	
被保険者	氏名	

琴平町長 様

年 月 日

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	1 社保	3 後期	1 本人	4 高齢者(1割)	7 後期(1割)		
月分	2 国保	4 退職	2 小学校就学前	5 高齢者(2割)			
			3 家族	6 高齢者(3割)	8 後期(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							
(印)							

町事務処理欄

本人負担額 (A)	高額医療費 (B)	附加給付額 (C)	支給決定額(D) D=A-B-C			
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					