

- 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。

琴平町長 様

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	

年 月 日

申請者氏名 (印)

(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 <span style="float: right;">(印)</span>							

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					