

〈マッサージ等〉 国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 4 2 0	療養を受けた	被保険者名	拍江 太郎		
記号・番号	42 - 〇〇 ・ 〇〇〇〇	性別	3. 昭	4. 平	〇〇年	〇月 〇日
公費負担者番号		1. 男	2. 女	入外	1. 入院	2. 外来
公費受給者番号		7 割	8 割	9 割	日数	日
資格区分	一般	退職本人	退職扶養	療養期間	平成	年 月 日から
前期高齢者	1 前期高齢者 (該当の場合は○)				平成	年 月 日まで
診療年月	平成 〇〇年 〇月					診療
種類	1. 一般診療 (海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 7. 移送費 8. その他 (生血) 9. 特別療養費					
傷病名	〇〇症による筋萎縮 ※ 医師の同意書が必要です					
診療を受けた医療機関等の所在地	△△市 ××町 ○-○-○					
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇治療院					
支給申請をした理由	治療のため					
発病又は負傷の理由						

該当の方は必ず記入してください

療養に要した費用額	食事日数	日
審査認定額※1	拍江市で記入します	
薬剤一部負担金	一部負担金	支給額

振込先	銀行名	みずほ	銀行信用金庫	支店名・店番号	拍江 支店 (店番号 258)
	口座種別	普通	当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	口座名義人	フリガナ	漢字	コマエ タロウ 拍江 太郎	

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

平成 〇〇年 〇月 〇〇日

世帯主 住所 拍江市 和泉本町 1-1-5

氏名 拍江 太郎

電話 03-3430-1111

(宛先) 拍江市長 あて