

三木町医療費支給申請書

(柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう等用)

年 月 日

三木町長 殿

受給資格者	受給者番号							
	住 所							
	氏 名							
対 象 者	氏 名							

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、一部負担金に係る医療費の支給を申請します。
 なお、必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報、高額療養費等について
 三木町が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

(施術者記入欄)

療養費に係る一部負担金額の証明			
年 月 分	1 社保	2 国保	3 後期
医療費の総額			円
一部負担金額(本人負担額)			円
他法等支給額			円
本人負担額(その他利用料は含まない)			円
施 術 日 数			日

証明年月日 年 月 日
 医療機関等の所在地
 名称及び開設者氏名

町事務処理欄

本人負担額(A)	高 額 医 療 保 険 者 負 担 額 (B)	付 加 給 付 額 (C)	支 給 決 定 額 (D) (D) = (A) - (B) - (C)