療養費等領収証明書

枚方市　医療助成・児童手当課　　　　　　　（重度障害者担当）提出用

※内容について施術所等に確認する場合があります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名  及　　び  生年月日 | 男・女 | | | | 療養費  の種別 | 柔整・鍼灸・ﾏｯｻｰｼﾞ・その他（　　　　　） | | | | | |
| 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 療養期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | 実日数 | | 日 | |
| 保険種別 | 国　保　・　社　保　・　後　期 | | | | 保険自己  負 担 率 | | １０　・　２０　・　３０ | | | | |
| 施 術 日 | 療 養 費(円)  （健康保険適用分に限る） | 保険自己  負 担 額 | （円） | 施 術 日 | | 療 養 費（円）  （健康保険適用分に限る） | | | 保険自己  負 担 額 | | （円） |
| １ |  |  | | 21 | |  | | |  | | |
| ２ |  |  | | 22 | |  | | |  | | |
| ３ |  |  | | 23 | |  | | |  | | |
| ４ |  |  | | 24 | |  | | |  | | |
| ５ |  |  | | 25 | |  | | |  | | |
| ６ |  |  | | 26 | |  | | |  | | |
| ７ |  |  | | 27 | |  | | |  | | |
| ８ |  |  | | 28 | |  | | |  | | |
| ９ |  |  | | 29 | |  | | |  | | |
| 10 |  |  | | 30 | |  | | |  | | |
| 11 |  |  | | 31 | |  | | |  | | |
| 12 |  |  | | 療 養 費  合 計 | | 円 | | | | | |
| 13 |  |  | |
| 14 |  |  | | 保険自己  負担額合計 | | 円 | | | | | |
| 15 |  |  | |
| 16 |  |  | | 記事 | | | | | | | |
| 17 |  |  | |
| 18 |  |  | |
| 19 |  |  | |
| 20 |  |  | |
| 上記の通り領収したことを証します。 | | | | | | | | | | | |
| 施術所等 | 所在地  名　称  施術者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話( ) － | | | | | | | | | | |

問い合わせ先　枚方市役所　医療助成・児童手当課　　電話：０７２－８４１－１３５９（直通）