

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・マッサージ・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)