

柔道整復、はり・きゅう、あん摩マッサージ 療養費支給申請書(写) 交付請求書

枚方市長 様

申請日 年 月 日

※太枠内をご記入ください。

下記のとおり請求します。

			被保険者 記号番号	枚国
被保険者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※氏名欄は、必ず本人が署名してください（被保険者が成年被後見人の場合を除く。）。

			成年後見人 生年月日	年 月 日
成年後見人	氏名			
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※被保険者が成年被後見人の場合は、成年後見人の氏名等をご記入ください。

請求区分 (1)	施術所名		施術期間	年 月～ 年 月
	施術所所在地			
	療養費区分	1. 柔道整復 2. 鍼灸 3. あん摩マッサージ		
請求区分 (2)	施術所名		施術期間	年 月～ 年 月
	施術所所在地			
	療養費区分	1. 柔道整復 2. 鍼灸 3. あん摩マッサージ		

※次に掲げる書類で本人確認する。

<被保険者様・成年後見人様の身分証明書のコピー>

個人番号カード、自動車運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード } 氏名、生年月日、住所がある面
国家資格の資格証、その他官公庁発行の身分証明書（被保険者証含む） }

<成年後見人であることを証する書類> ※被保険者が成年被後見人の場合のみ

戸籍謄本、住民票の写し、登記事項証明書、家庭裁判所の証明書 } 請求日前 30 日以内に作成されたものに限る
その他法定代理関係を確認し得る書類 }

(窓口提供の場合) ※ 被保険者本人に限る

受領者署名欄	住所	〒 _____
	氏名	