

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	被保険者 記号番号	枚国		
	生年月日	年	月	日
	氏 名	〒		
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	氏 名	生年月日	年	月	日
	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

＜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	