

## 柔道整復、鍼灸、あん摩マッサージ 療養費支給申請書(写) 交付請求書

阪 南 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。

			記号番号	阪南国
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。）。

			生年月日	明・大 昭・平・西暦 年 月 日
成 年 被 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、成年被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・成年被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、写真がある面  
国家資格の資格証、その他官公庁発行の身分証明書

<成年被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	(印)	