

記入例

親乳子青

医療助成費支給申請書（ 年 月分）（あん摩マッサージ指圧用）

機関コード

公費負担者番号										特記事項			医療保険の給付割合 該当するものに○、7割の場合は欄外に「7」と記載			給付割合							
公費受給者番号													8	9	10								
											種類												
										保険者番号													

提示された医療証の公費負担者番号、受給者番号を記入

マイナ保険証または資格確認書に記載の保険者番号を記入。
※月途中で保険者が変更になった場合には、保険者ごとに申請書を分けて御提出下さい。

和暦で数字を記入

◆一部負担金相当額について
・マル親(81137・・・)、マル乳、マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載がないもの)は一部負担金相当額はゼロ
・マル親(81136・・・)は、1割負担
・マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載があるもの)は1回200円(ただし、200円に満たない場合はその額)

(マル子・マル青の記載例 200円に満たないときがあった場合)
摘要欄に一部負担金相当額の内訳を記載してください。
(例)

一部負担金相当額（医療助成費）

請求金額（医療助成費）

上記「実日数」と「施術日(○or◎をつける箇所)」が一致するよう記入。

◆請求金額(医療助成費)
保険適用の自己負担額から、上記の一部負担金相当額を除いた額

○治療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地												
	年 月 日 施術所 所在地										〒		氏 名												
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、助成費の支給を申請します。										〒		氏 名												
	関東信越厚生局から付番された登録記号番号(10桁)を必ず記入										申請者(被保険者) 殿		住所 氏 名 電話												
支払機関欄	支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払					預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段					金融機関名					銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	口座名義 カタカナで記入					口座番号										郵便局									
同意記録	同意医師の氏名					住 所					同 意 年 月 日					傷 病 名					要加療期間				
											年 月 日														

本申請書に基づく助成費に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者 住所

代理人 住所

(被保険者) 氏名

氏名

※ この助成費の受領の代理人への委任は、親乳子青 医療費助成制度の施術療養費に係る取扱要領に従い行われるものです。
※ 助成費に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。