

No.

長 様

公費負担者番号							

施術所コード

年 月分 重度障害者(児)医療費明細書

施術所の所在地、名称及び柔道整復師の氏名

下記のとおり報告する。

年 月 日

6 柔整師

No	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	実日数 日	施術料の総額 円	窓口徴収額 円	備考
			年	月	日					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
小 計			件							
99	合 計		件							

- 注) 1. 「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。
 2. 「窓口徴収額」欄には、受給者が窓口で支払った**保険診療に係る自己負担額**を記入してください。
 3. 受領委任する場合は必ず受領委任欄に記入して下さい。

受領委任	上記の重度障害者(児)医療費の報告に係る事務取扱手数料の受領を 下記の者に委任します。 年 月 日 柔道整復師氏名 団体名及び代表者氏名
------	---