

様式8 (用紙 日本工業規格A4横型)

No.

長 様

公 費 負 担 者 番 号							
8	3	2	2				

施 術 所 コ ー ド

年 月 分 こども医療費請求書

施術所の所在地、名称及び柔道整復師の氏名

下記のとおり請求する。



6 柔整師			年 月 日							
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3割の保険の場合は「3」を、2割の保険の場合は「2」を記入してください。
 (注2) 受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記入してください

受領委任	上記のこども医療費の受領を下記の者に委任します。
	年 月 日 柔道整復師氏名 印
	団体名及び代表者氏名