

長 様

公費負担者番号							

No.

施術所コード

年 月分

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。 平成 年 月 日 柔道整復師氏名 ㊞ 団体名及び代表者氏名
------	--