

母子家庭等及び重度障害者(児)医療費明細書の記入方法

① 長様

② 公費負担者番号
8 4 2 2

③ 年 月 分

④ No.

⑤ 施術所コード

⑥ 施術所の所在地、名称及び柔道整復師の氏名

⑦ 年 月 日

⑧ 受給者番号

⑨ 受給者氏名

⑩ 生年月日

⑪ 一部負担割合

⑫ 実日数

⑬ 施術料の総額

⑭ 窓口徴収額

⑮ 小計

⑯ 合計

6 柔整師

下記のとおりに報告する。

No.	⑧ 受給者番号	⑨ 受給者氏名	⑩ 生年月日	⑪ 一部負担割合	⑫ 実日数	⑬ 施術料の総額	⑭ 窓口徴収額	備考
			年 月 日		日	円	円	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
⑮ 小計								
⑯ 合計								

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ください。

受領委任

上記の母子家庭等医療費の報告に係らず
重度障害者(児)の場合
[重度障害者(児)]
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

- ① 長様 市町名を記入（受給者証を確認）
- ② 公費負担者番号 公費負担者番号を記入（受給者証を確認）
- ③ 年 月 分 施術年月を和暦で記入（例 元年5月は「1年5月分」と記入）
- ④ No. 市町別、診療月別に1ページから記入
- ⑤ 施術所コード 施術所コードを記入
- ⑥ 施術所の所在地、名称及び柔道整復師の氏名・印 施術所の所在地、名称及び柔道整復師の氏名を記入し、捺印
- ⑦ 年 月 日 提出年月日を和暦で記入
- ⑧ 受給者番号 受給者証の番号を記入（受給者証を確認し0から始まる番号は“0”も記入する）
- ⑨ 受給者氏名 受給者氏名を漢字又はカタカナで記入
- ⑩ 生年月日 和暦で記入
- ⑪ 一部負担割合 一部負担割合を記入
- ⑫ 実日数 施術日数を記入
- ⑬ 施術料の総額 施術料の総額を円単位で記入
- ⑭ 窓口徴収額 窓口徴収額を記入（0円の場合は“0”記入）
- ⑮ 小計 1枚ごと記入
（件数、日数、施術料の総額、窓口徴収額）
- ⑯ 合計 市町別、施術月別の最終ページに記入
（件数等 “⑮小計” と同じ）