

様式3

長 様

公費負担者番号							
8	4	2	2				

No.

施術所コード

年 月分 母子家庭等医療費明細書

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	上記の母子家庭等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	
------	--	--