

様式第1号（第4条関係）

（表面）

柔道整復・鍼灸・あん摩マッサージ療養費支給申請書確認依頼書

年 月 日提出

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 あて

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日生
	住所	()	電話	()
	施術を受けた者との関係	1. 本人 2. 法定代理人 3. 遺族 4. 遺族（未成年者・成年被後見人）の法定代理人 5. 任意代理人		
	開示(交付)の方法	1. 窓口交付を希望	2. 郵送による交付を希望	
	* 遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ)	年 月 日生	

※ 「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。

※ 「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名等まで詳しく記入してください。

※ *印欄は、依頼者が、遺族の法定代理人又は委任を受けた任意代理人の場合のみ記入してください。

次のとおり療養費支給申請書の確認を依頼します。

被保険者欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日生
	住所	()	電話	()
	施術を受けた時における後期高齢者医療被保険者番号			

※ 施術を受けた当時の氏名を記入してください。

施術年月	施術区分
年 月～ 年 月分	1. 柔道整復 2. 鍼灸 3. あん摩・マッサージ
施術所(師)の名称	
所在地	
年 月～ 年 月分	1. 柔道整復 2. 鍼灸 3. あん摩・マッサージ
施術所(師)の名称	
所在地	
別紙有り	

※ 上記欄が足りない場合は、「別紙有り」に○をして、必要事項を記載した別紙を添付してください。

受領者(依頼者)署名欄	
-------------	--

※受領の際にご記入ください。

※以下の各欄は事務担当者が記入します。依頼者による記入の必要はありません。

A 依頼者の本人確認書類	
1.運転免許証 2.旅券 (パスポート) 3.身分証明書 (官公庁等の写真付) 4.その他 ()	
B 本人 (受診者) 死亡・遺族特定の確認書類	
1.戸籍謄本 (抄本) 2.住民票 (除票) 3.その他 ()	
C 法定代理人の確認書類	
1.戸籍謄本 (抄本) 2.住民票 3.登記事項証明書 4.家庭裁判所の証明書 5.その他 ()	
D 任意代理人の確認書類	
1. 被保険者若しくは遺族の署名又は記名押印のある療養費支給申請書確認依頼に係る「委任状」 2.委任状に記名押印された印の印鑑登録証明書	

療養費支給申請書摘要欄					
整理番号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚