

柔道整復・鍼灸・あん摩マッサージ療養費支給申請書開示依頼書

令和 6年 8月 1日提出

岡山県後期高齢者医療広域連合長 あて

依頼者 (被保険者) 欄	氏名	(フリガナ) コウイキ タロウ 広域太郎	男・女
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和 10年 8月 1日	
	住所	〒700-0975 岡山市北区今2-2-1 電話086(123)0000	
※法定代理人の場合	氏名	(フリガナ)	男・女
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日	
	住所	〒 -	

※ 「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。(ただし、法定代理人の場合は除く。)

施術所名(1)	コウイキ整骨院
施術所住所	〒700-0975 岡山市北区今0-0-0
施術期間	令和 5年9月～令和 6年3月施術分
療養費区分	① 柔道整復 2. 鍼灸 3. あん摩マッサージ
施術所名(2)	
施術所住所	〒
施術期間	年 月～ 年 月施術分
療養費区分	1. 柔道整復 2. 鍼灸 3. あん摩マッサージ

(裏面)

※以下の各欄は事務担当者が記入いたします。依頼者による記入の必要はありません。

A 依頼者の本人証明書類 (写真が貼付されていないものは2点必要)	
1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. 各種健康保険の被保険者証等 4. 住民基本台帳カード 5. パスポート 6. 年金手帳 (年金証書) 7. 身分証明書 (官公庁等の写真付) 8. その他 ()	
B 法定代理人の証明書類	
1. 登記事項証明書 2. 家庭裁判所の証明書 3. その他 ()	

※法定代理人の場合はA・Bとも必要。

(窓口提供の場合) ※被保険者本人又は法定代理人に限る

受領者署名欄	住所	〒
	氏名	印