

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

年 月 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)	氏名	広域太郎
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	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	
	生年月日	
	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 依頼者の本人確認書類 (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. パスポート 4. 年金手帳 (年金証書) 5. 身分証明書 (官公庁等の写真付) 6. その他 ()
B 法定代理人の確認書類
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)