柔道整復・鍼灸・あん摩マッサージ療養費支給申請書(写) 提供依頼書

（表面）

群馬県後期高齢者医療広域連合長　様　　　　　　　　　　　申請日　　　　年　　　月　　　日

※太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 下記のとおり依頼します。 | | | | | | 被保険者番号 |  |
| 依頼者（被保険者）欄 | 氏　名 | | （フリガナ） | | | | |
| 生年月日 | | 明治 ・ 大正  昭和 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住　所 | | 〒  　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－ | | | | |
| ※法定代理人の場合 | | 氏　名 | （フリガナ） | | | | |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正  昭和 ・ 平成 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | |

※氏名欄は、必ず本人が署名してください。（法定代理人の場合を除く。）

|  |  |
| --- | --- |
| 提 供 方 法  の 希 望 | １．郵送提供　　　　　　　２．窓口提供 |

※１．郵送提供の場合は、後日、依頼者住所へ申請書の写しを郵送します。

※２．窓口提供の場合は、後日、広域連合窓口にて申請書の写しを交付します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼区分 | 施術所名（１） |  |
| 施 術 所  所 在 地 |  |
| 施術期間 | 年　　　月　～　　　　年　　　月 |
| 施術所名（２） |  |
| 施 術 所  所 在 地 |  |
| 施術期間 | 年　　　月　～　　　　年　　　月 |

（裏面）

提供依頼書の提出にあたっては、下記ア又はイによる本人確認を実施しています。

（提供依頼書を郵送する場合は、コピーの同封をお願いいたします。）

**＜依頼者の本人確認書類＞**

**ア　次のうちいずれか1点**

個人番号カード、運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード（写真が貼付されたもの）、官公庁発行の身分証明書（写真が貼付されたもの）　など

**イ　次のうちいずれか2点**

　後期高齢者医療資格確認書、介護保険被保険者証、年金証書（手帳）、身体障害者手帳、住民基本台帳カード（写真が貼付されていないもの）、健康保険のほかの証（特定疾病療養受療証など）、官公署発行の書類（納税通知書、国民年金保険料納付書など）、福祉医療費受給資格者証　など

**※請求者が法定代理人である場合、上記のほか以下の書類が必要となります。**

**＜法定代理人であることを証する書類＞**

* 登記事項証明書（成年後見の開始がわかるもの）、家庭裁判所の証明書、その他法定代理関係を確認し得る書類

（窓口提供を希望した場合、申請書の写し受領時に署名をお願いします。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受領者署名欄 | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 |  |

【事務担当者使用欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 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．住民基本台帳カード ５．後期高齢者医療資格確認書　６．年金手帳（証書）　７．身分証明書（官公庁等の写真付） ８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| B　法定代理人の確認書類（※法定代理人による確認依頼の場合は、A・Bとも必要。） | |
|  | １．登記事項証明書　　２．家庭裁判所の証明書　 ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |