

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

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

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（ ）