後期高齢者医療療養費支給申請書

（平成　　年　　月分）

（あんま・マッサージ）

給付割合	
7	9

保険者番号	3 9	カナ	
被保険者番号		被保険者氏名	
性別	男・女		
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日		
発病又は負傷の原因及びその経過			

施術内容欄

初療年月日	今回施術期間	施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無
平成　年　月　日	自 平成　年　月　日 至 平成　年　月　日	日	1業務上　2第三者行為である 3その他

傷病名	発病又は負傷年月日
	年　月　日

マッサージ	躯幹	円×	回＝	円
	右上肢	円×	回＝	円
	左上肢	円×	回＝	円
	右下肢	円×	回＝	円
	左下肢	円×	回＝	円
変形徒手矯正術	右上肢	円×	回＝	円
	左上肢	円×	回＝	円
	右下肢	円×	回＝	円
	左下肢	円×	回＝	円
温罨法		円×	回＝	円
温罨法・電気光線器具		円×	回＝	円
往療料　2㎞まで		円×	回＝	円
加算（　㎞）		円×	回＝	円
合計金額				**円**
一部負担金（1割・3割）				円
請求金額				円

請求区分
新規・継続
転帰
継続・治癒・中止・転医
摘要（往療・施術理由等）

施術日 通院○ 往療◎	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

施術証明欄

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

平成　年　月　日

住所

あん摩マッサージ師

免許登録番号（　　）　氏名　　印　電話

保健所登録区分	1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費（医療費）の支給を申請します。

平成　年　月　日　〒

住所

岩手県後期高齢者医療広域連合長あて　被保険者　氏名　　印　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 / 信用金庫 / 農協	本店 / 支店 / 出張所
1．振込	1．普通 2．当座	**金融機関番号**	**支店番号**	
口座名義人 **カタカナで記入**		口座番号		

委任欄

本請求に基づく療養費（医療費）の受領を下記代理人に委任します。

平成　年　月　日

住所

被保険者　氏名　　印

住所

代理人

氏名　　印　電話

同意記録

同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間

再同意記録

同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間