

後期高齢者医療療養費支給申請書

(平成 年 月 分)

(はり・きゅう)

															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	施術	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 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩										発病又は負傷年月日												
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()										年 月 日												
	初検料										請求区分												
	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用 円										新 規 ・ 継 続												
	はり 円× 回= 円										転帰												
	きゅう 円× 回= 円										継続・治癒・中止・転医												
	はり・きゅう併用 円× 回= 円										摘 要 (往 療 ・ 施 術 理 由 等)												
	電療料 円× 回= 円																						
	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具																						
	往療料 4 km まで 円× 回= 円																						
	往療料 4 km 超 円× 回= 円																						
	合 計 金 額 円																						
	一 部 負 担 金 (1 割 ・ 3 割) 円																						
請 求 金 額 円																							
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										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										
	住所 はり師 免許登録番号() きゅう師 免許登録番号() 氏名 印 電話																						
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 円 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 1. 振込		預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名					銀行 信用金庫 農協					本店 支店 出張所								
					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																						
	同意医師の氏名					住所					同意年月日					傷病名							
同意記録	同意医師の氏名					住所					同意年月日					傷病名							
再同意記録	同意医師の氏名					住所					同意年月日					傷病名							