

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		平成 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	
			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										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)							
	変形徒手矯正術														右 上 肢 円× 回= 円			
															右 上 肢 円× 回= 円			
															左 上 肢 円× 回= 円			
															左 上 肢 円× 回= 円			
											右 下 肢 円× 回= 円							
											右 下 肢 円× 回= 円							
											左 下 肢 円× 回= 円							
											左 下 肢 円× 回= 円							
	温 電 法										円× 回= 円							
温電法・電気光線器具										円× 回= 円								
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		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																
通院○																		
往療◎																		
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 あん摩マッサージ師 住所 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 千 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		