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					被保険者氏名																											
生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	被保険者氏名																											
発病又は負傷の原因及びその経過																																	
施 術 内 容	初療年月日		平成 年 月 日			今回施術期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無																						
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()					発病又は負傷年月日		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他																							
	初検料							請求区分		新規・継続																							
	施	はり	円×		回=		円		転帰																								
	術	きゅう	円×		回=		円		継続・治癒・中止・転医																								
	内	はり・きゅう併用	円×		回=		円		摘 要 (往療・施術理由等)																								
	料	電療料	円×		回=		円																										
	往療料		4 kmまで		円×		回=				円																						
	往療料		4 km超		円×		回=				円																						
	欄	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		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 証 明 欄	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
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		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																									
はり師 免許登録番号()		住所		氏名		印		電話																									
きゅう師 免許登録番号()		住所		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		住所		氏名		印 電話																								
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		本店																										
1. 振込		1. 普通			信用金庫		支店																										
		2. 当座	金融機関番号		農協		支店番号		出張所																								
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		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																								