

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		今年施術期間								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		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																									
			左 上 肢		円 ×		回 =		円																									
			右 下 肢		円 ×		回 =		円																									
			左 下 肢		円 ×		回 =		円																									
	温 罨 法		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 ・ 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																									
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。										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																					
	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																																	
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		本店																									
	1. 振込		1. 普通		金融機関番号		信用金庫		支店																									
		2. 当座				農協		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																																	
同意記録欄	同意医師の氏名				住所				同意年月日				傷病名		要加療期間																			
再同意記録欄	同意医師の氏名				住所				同意年月日				傷病名		要加療期間																			