

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書
(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																
性 別		男 ・ 女								被保険者氏名						
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			
	年 月 日		自 至 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					
	施 術 是 記										転 帰					
	はり 円 × 回 = 円										継続・治癒・中止・転医					
	きゅう 円 × 回 = 円										摘 要 (往 療 ・ 施 術 理 由 等)					
	はり・きゅう併用 円 × 回 = 円															
	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															
	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 通 院 〇 往 療 〇																
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。										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			
	年 月 日 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。															
	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						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										口座番号						
カタカナで記入																
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。															
	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	