

後期高齢者医療療養費支給申請書  
( 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            |                         |  |
|                                | 年 月 日                                                                                 |       | 自 至 年 年 月 月 日 日 |  |       |      |     |  |       |        | 日                          | 1 業務上 2 第三者行為である<br>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<br>( 往 療 ・ 施 術 理 由 等 ) |                           |                         |  |
|                                | 軀 幹 円 × 回 = 円                                                                         |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |
|                                | 右上肢 円 × 回 = 円                                                                         |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |
|                                | 左上肢 円 × 回 = 円                                                                         |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |
|                                | 右下肢 円 × 回 = 円                                                                         |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |
|                                | 左下肢 円 × 回 = 円                                                                         |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |
|                                | 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 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           |                                                                                       |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |
| 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○<br>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。<br>年 月 日 住所<br>あん摩マッサージ師<br>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。<br>年 月 日 〒 住所<br>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    |      | 出張所 |  |       |        |                            |                           |                         |  |
| 口座名義人<br>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。<br>年 月 日 住所<br>被保険者 氏名 印<br>住所<br>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 |        |                            |                           |                         |  |
|                                |                                                                                       |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |
| 再同意欄                           | 同意医師の氏名                                                                               |       | 住所              |  | 同意年月日 |      | 傷病名 |  | 要加療期間 |        |                            |                           |                         |  |
|                                |                                                                                       |       |                 |  |       |      |     |  |       |        |                            |                           |                         |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|