後期高齢者医療療養費支給申請書

（　　年　月分）（はり・きゅう用）

施術機関番号

8 高齢 9割
0 高齢 7割

被保険者欄

○保険者番号		○被保険者番号	
□他の制度により自己負担相当額又はその一部の給付を受けられる場合、記入して下さい。			
□ 医療費助成事業名		□ 受給者証 記号番号	

○ 被保険者氏名	○ 性別	○ 生年月日	○ 業務上・外、第三者行為の有無
（フリガナ）	男・女	明・大・昭　年　月　日生	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	○ 発症又は負傷の原因及びその経過
		年　月　日	

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	自　年　月　日 ～ 至　年　月　日	日	新規・継続
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（　）			転帰 継続・治癒・中止・転医

			摘要
初検料 1.はり　2.きゅう　3.はり、きゅう併用		円	
施術料	はり	円×　回＝　円	
	きゅう	円×　回＝　円	
	はり・きゅう併用	円×　回＝　円	
	電療料 1.電気針　2.電気温灸器　3.電気光線器具	円×　回＝　円	
往療料	4kmまで	円×　回＝　円	
往療料	4km超	円×　回＝　円	
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円	
費用額計		円	
一部負担金（　1割　・　3割　）		円	
請求額		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

免許登録番号

施術所名

施術者登録番号

年　月　日　はり師、きゅう師

住　所

氏　名　㊞　電話　（　）

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

年　月　日　申請者（被保険者）　住　所　〒

福島県後期高齢者医療広域連合長　氏　名　㊞　電話　（　）

支払機関欄

○支払区分	○ 口座区分	○ 金融機関名		
① 振込	1.普通　2.当座 4.貯蓄　9.		銀行　農協 金庫　組合	本店 支店 出張所
○ 口座名義（カタカナで記入）		○ 口座番号		

受取代理人欄

本請求に基づく給付金に関する権限を下記代理人に委任します。

年　月　日　申請者（被保険者）　氏名　㊞

代理人　住所

氏名　㊞　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
		年　月　日		

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初検料及び電療料については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入して下さい。