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 (フリガナ)	○ 性別	○ 生年月日	○ 業務上・外、第三者行為の有無
	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	転帰
年　月　日	自　年　月　日 ～ 至　年　月　日	日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医
傷病名又は症状				

				摘要
マッサージ	躯幹	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		円×　肢×	回＝ 円	
温罨法		円×	回＝ 円	
温罨法・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×	回＝ 円	
費用額計			円	
一部負担金 (1割 ・ 3割)			円	
請求額			円	

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

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

施術者登録番号

年　月　日

あん摩マッサージ指圧師

施術所名

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. 「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。