

別添1 (様式第6号の2)

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合
公費受給者番号										2 公費 4 退職	4 三外 0 高外7	6 家外	
区市町村番号										種類	04 マ		9
受給者番号										保険者番号			10

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名			
					年 月 日							
	(フリガナ)				続柄				○発病又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				男・女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				

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			
	傷病名又は症状								転 帰			
									継続・治癒・中止・転医			
	マ ッ サ ー ジ		躯 幹	円×	回=	円	摘 要					
			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					円							
一部負担金 (1割・2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			
	年 月 日				施術所				所在地			
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)				名 称				氏 名			
				施術管理者				印 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。 円											
	年 月 日											
	鹿兒島県後期高齢者医療広域連合長 殿						申請者 (被保険者)			住所		
						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 2. 当座				金庫		支店		
	3. 郵便局送 4. 当地払		3. 通知 4. 別段				農協		出張所		
口座名義 (カタカナで記入)		口座番号								郵便局	

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											

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日											
申請者 住所						代理人 住所					
(被保険者) 氏名						印			氏名		

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。  
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。  
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです

別添1 (様式第6号の2)

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合	
公費受給者番号										2 公費 4 退職	4 三外 6 家外 0 高外7	8		9
区市町村番号										種類	04 マ			
受給者番号										保険者番号				

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名			
					年 月 日							
	(フリガナ)				続柄				○発病又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				男・女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				

施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分			
	平成 年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日				日		新規・継続			
	傷病名又は症状								転 帰			
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹 円× 回= 円				円		摘 要			
			右上肢 円× 回= 円				円					
			左上肢 円× 回= 円				円					
			右下肢 円× 回= 円				円					
			左下肢 円× 回= 円				円					
	変形徒手矯正術		円× 肢× 回= 円				円					
	温 罨 法		円× 回= 円				円					
	温罨法・電光線器具		円× 回= 円				円					
	往療料 4 kmまで		円× 回= 円				円					
	往療料 4 km超		円× 回= 円				円					
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円× 回= 円				円						
合 計						円						
一部負担金 (1割・2割・3割)						円						
請 求 額						円						
施術日 通院○ 往療◎		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 月										

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				施術所 所在地							
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)				名 称				印 電話			
				施術管理者 氏 名				印 電話				

申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 円											
	年 月 日				申請者 住所				氏名 印 電話			
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿 (被保険者)												

支払機関欄	支払区分				預金の種類				金融機関名			
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送 4. 当地払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段				銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
口座名義 カタカナで記入				口座番号				郵便局				

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											

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日															
申請者 住所				代理人 住所											
(被保険者) 氏名				印				氏名							

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。  
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。  
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです

別添1 (様式第6号の2)

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公 司 区	記入例	特記事項	1 社国 3 後高 2 公費 4 退職	2 本外 8 高外9 4 三外 0 高外7 6 家外	給付割合 8 9 10
		種類	04		
受給者番号		保険者番号			

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日	
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続	男・女
	明・大・昭・平 年 月 日生			

後期高齢者の場合は  
3 後高 に○を記入  
  
負担割合が1割の方は 8高外9  
負担割合が3割の方は 0高外7 に○を記入

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期		新規・継続	
	年 月 日	自・	年 月 日～至・	年 月 日	
	傷病名又は症状			転 帰 継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	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	円×	肢×	回=	円
	温 罨 法	円×	回=	円	
温罨法・電光線器具	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			円		
一部負担金 (1割・2割)			円		
請 求			円		

厚生省(厚生局)から送付された登録記号番号  
を必ず記載してください。

施術日	通院○	往療○	月	日	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、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 施術所 所在地 登録記号番号 (又は申し込んだ施術者登録番号) 名 称 施術管理者 氏 名 印 電話		

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。	〒	—
	年 月 日 申請者 住所 鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿 (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 金庫 支店 農協 出張所
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	口座番号	郵便局

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日
申請者 住所	代理人 住所	
(被保険者) 氏名	印	氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。  
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。  
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです