

後期高齢者医療 療養費支給申請書

(平成 年 月 施術分) (あんま・マッサージ用)

給付割合	
9割	7割

被 保 険 者 欄	保険者番号						被保険者番号																								
	3	9	4	6																											
	療養を受けた者の氏名						発症又は負傷の原因及びその経過																								
施 術 内 容 欄	フリガナ						男・女																								
	明・大・昭 年 月 日 生						業務上・外、第三者行為の有無																								
	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他																														
	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分																						
	平成 年 月 日		自:平成 年 月 日 ~ 至:平成 年 月 日				日		新規・継続																						
	傷病名又は症状						発病又は負傷年月日																								
	マ ッ サ ー ジ						軀 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 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								円																							
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 3 割)								円																							
請 求 額								円																							
施 術 日	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																						
	年 月 日						住 所																								
	施術所名						氏 名																								
	代表者氏名						電 話																								
免許登録番号						あん摩マッサージ指圧師																									
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						住 所																								
	申請者 (被保険者)						氏 名																								
	鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様						電 話																								
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名等		銀行		本店																						
	1 振込	2 その他	1 普通	3 貯蓄	2 当座	銀行	金庫	農協	支店	出張所																					
口座名義 カタカナで記入								口座番号																							
委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。						年 月 日																								
	被保険者住所						氏 名																								
	代理人住所						氏 名																								
							氏 名																								
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		(再) 同意年月日		傷 病 名		要 加 療 期 間																						
					平成 年 月 日																										
				平成 年 月 日																											

※ 「摘要欄」には、往療先住所、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい