

後期高齢者医療療養費支給申請書

施術機関コード

給付割合

(年 月分) (あんま・マッサージ用)

9割 7割

保 険 者 番 号		3	9	1	6																											
被 保 険 者 番 号		0																														
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	業務上・外、第三者行為の有無																														
	1 男	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他()																														
	2 女	発症又は負傷の原因及びその経過																														
明・大・昭		年 月 日 生																														
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間										実日数	発病又は負傷年月日																			
	年 月 日	自・	年 月 日	～	年 月 日	日	年 月 日																									
	傷 病 名 又 は 症 状										請 求 区 分																					
	マ ッ サ ー ジ										新 規 ・ 継 続																					
											軀 幹				円×	回=	円	転 帰														
											右 上 肢				円×	回=	円	継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医														
											左 上 肢				円×	回=	円	摘 要														
											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																			
合 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 出張専門施術師住所地																			
	年 月 日 住 所																															
申 請 欄	免許登録番号 あんま・マッサージ・指圧師 名 称																															
	氏 名										Ⓜ		電 話																			
支 払 機 関 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 千 一																															
同 意 記 録	申請者住所																															
	富山県後期高齢者医療広域連合長 様 (被保険者)																															
	氏 名										Ⓜ		電 話																			
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類		口 座 番 号				金融機関コード		支店コード																						
	1 振 込	1 普 通 2 当 座						金融機関名		銀 行 農 協		本 店 支 店 出 張 所																				
	口 座 名 義 (カタカナで記入)																															
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																									
委 任 欄	本申請書に基づく療養費に関する受領を代理人に委任します。																															
	年 月 日																															
	申請者		住 所																													
(被保険者)		氏 名								Ⓜ																						
代理人		住 所																														
		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。