

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) (はり・きゅう用)

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	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		日		年 月 日																								
	傷病名		1 神経痛		2 リウマチ		3 頸腕症候群		4 五十肩		請 求 区 分																						
			5 腰痛症		6 頸椎捻挫後遺症		7 その他( )		新 規 ・ 継 続																								
	初検料						円		転 帰																								
	(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)						円		継続・治癒・中止・転医																								
	施 術 料	はり		円×		回=		円		摘 要																							
		きゅう		円×		回=		円																									
		はり、きゅう併用		円×		回=		円																									
		電療料(1電気はり 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																										
	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																														
	免許登録番号		はり師 名 称																														
申 請 欄	免許登録番号		きゅう師 氏 名		Ⓧ 電話																												
	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		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 座 2 当 座						金 融 機 関 名		銀 行 庫 協 合 金 農 組		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 (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。