

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)

被 保 険 者 欄	公費負担者番号		保険者番号			
	公費受給者番号		被保険者番号			
	発病又は負傷年月日		傷病名			
	年 月 日					
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	発症又は負傷の原因及びその経過				
	男・女	業務上・外、第三者行為の有無				
	明・大・昭 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・平成 年 月 日～至・平成 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	続 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医 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 2kmまで 加算 ( km)	円×	回=	円		
	合計			円		
一部負担金(1割・3割)			円			
支給金額			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		
	平成 年 月 日		住 所			
申 請 欄	免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師		氏 名		印 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。		平成 年 月 日		〒 _____	
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 3. ( )		金庫	支店	
	口座名義(カタカナで記入)		口座番号	農協	出張所	
備 考						
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	
			平成 年 月 日			