

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																																							
											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	摘 要																																						
	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										円× 回= 円																																							
	加算 (km)										円× 回= 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。 平成 年 月 日 住所 あん摩マッサージ指圧師 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。 平成 年 月 日 住所 和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿 申請者 (被保険者) 氏名 印																																																	
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 2. 郵便局送金 3. 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																																								
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																													