

後期高齢者医療療養費支給申請書 (あん摩マッサージ用)

9割
8割
7割

(平成 年 月 施術分)

被 保 険 者 欄	保険者番号					公費負担者番号				
	被保険者番号					公費受給者番号				
	被保険者氏名 (フリガナ)	性別	生年月日		業務上・外、第三者行為の有無					
		男・女	明・大・昭 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ( )					
	発病又は負傷年月日		発症又は負傷の原因及びその経過							
	年 月 日									
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				
	1. マッサージ	円×	局所×	回=	円	摘 要				
	2. 変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円					
	3. 温罨法	円×		回=	円					
	4. 温罨法・電気光線器具	円×		回=	円					
	5. 往療料 2kmまで	円×		回=	円					
	6. 加算 ( km)	円×		回=	円					
合 計				円						
一 部 負 担 金				円						
請 求 額				円						
施 術 日 通院○ 往療◎	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。		施術所名							
	平成 年 月 日	あん摩マッサージ指圧師	氏 名	〒	電話					
			免 許 登 録 番 号							
	あん摩マッサージ指圧師住所の 保健所登録区別(右の欄にどち らかに○をして所在地を記入)		1	施術所所在地	〒					
	2		出張専門施術者所在地							
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	申請者 (被保険者)		住 所		大阪府後期高齢者医療広域連合長 様 氏 名 電話				
支 払 機 関 欄	振込先	預金の種類 1.普通 2.当座 3.その他( )	金融機関名		銀 行 金 庫 組 合	本 店 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。									
	平成 年 月 日	住所 〒		被保険者 氏 名		電話				
		住所 〒		代理人 氏 名		電話				
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						