

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
	明・大・昭 年 月 日生	男・女	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	
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
	口座名義 (カタカナで記入)		口座番号	本 店 支 店 出張所
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			
	被保険者	住 所 〒	氏 名	Ⓜ 電話
	代理人	住 所 〒	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
			平成 年 月 日	