

後期高齢者医療療養費支給申請書 (マッサージ用)



負担割合	
8:1割	0:3割

(年 月分)										代理受領施術者 登録番号																					
保険者番号					3 9					療養を受けた者の氏名 (フリガナ) 男・女 明・大・昭 年 月 日生																					
被保険者番号																															
発症又は負傷年月日			年 月 日			発症又は負傷の原因及び経過					第三者行為か否か					はい・いいえ															
施術 内 容 欄	初療年月日			施術期間							実日数			請求区分			転 帰														
	年 月 日			自 年 月 日 ~ 至 年 月 日							日			新規・継続			治癒・中止														
	傷病名又は症状													摘 要																	
	マ ッ サ ー ジ			円×			局所×			回=			円																		
	変形徒手矯正術			円×			肢×			回=			円																		
	温 電 法			円×						回=			円																		
	温電法・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 (領収証欄)	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										
	上記のとおり施術を行い、その費用(施術内容欄の合計=10割)を領収しました。 年 月 日 施術者 住所 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名 電話																														
再同意記録	再同意医師氏名					住 所					再同意年月日					傷病名					要加療期間										
											年 月 日																				
申請欄	上記施術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 なお、私の受ける療養費の受領方を上記施術者に委任します。 〒 ー 被保険者 住 所 福岡県後期高齢者医療広域連合長 様 (申請者) 氏名 電話																														
支払機関欄	預金種別			1 普通			2 当座			3 貯蓄			金融機関名										銀行			支店					
	金融機関コード						支店コード																金庫			支店					
	口座番号												(カナ)										農協			出張所					

福岡県後期高齢者医療広域連合提出用

記入上の注意

- 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
- 同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度添付することが原則ですが、初療の日から3ヶ月を経過した時点における再同意書については、実際に医師から同意を得ておれば必ずしも添付を必要としません。この場合には、同意した医師の氏名・住所等を再同意記録欄に記入してください。(変形徒手矯正術を除く。)
- 支払機関欄は、代理受領施術者登録済の施術者については、記入は不要です。