

療養費支給申請書 ( 年 月分 ) (あんま・マッサージ用)

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者 欄	○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)	○発病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・平 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																											
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 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	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・電光線器具	円×	回=	円																												
	往療料 4 kmまで	円×	回=	円																												
	往療料 4 km超	円×	回=	円																												
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×	回=	円																													
合 計			円																													
一部負担金相当額(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(施術内容欄の合計金額)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																											
	年 月 日		施術所 所在地																													
	免許登録番号		名称		電話																											
		あんまマッサージ指圧師 施術者 氏名		印																												
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。		〒		-																											
	年 月 日		申請者 住所		氏名 印 電話																											
福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様 (被保険者)																																
支 払 機 関 欄	金融機関名		銀行 信用金庫		本店(所)																											
			信用組合 協同組合		支店(所)																											
口座名義 カタカナで記入		口座番号																														
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日																											
					年 月 日																											
				傷 病 名																												
				要加療期間																												
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日																																
申請者 住所		代理人 住所																														
(被保険者) 氏名		印		氏名 印																												

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。  
ただし、施術者又は施術所関係者等に、給付に関する受領を委任することはできません。