

後期高齢者医療療養費支給申請書 (あんま・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 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																																																	
	マ ッ サ ー ジ					円×					局所×					回=					円					摘 要																								
	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 ( 4kmまで )					円×										回=					円																													
	往 療 料 ( 4km 超 )					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。 年 月 日																																																	
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、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。