様式第19号の2(第14条関係)

捨印

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
被保険者番号										明・大・昭　年　月　日生　男・女

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	
温罨法	円 ×		回＝　円	
温罨法・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	
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	（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

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

（領収証欄）

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

同意記録

同意医師氏名	住所	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。　〒　－

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
金融機関ｺｰﾄﾞ		支店ｺｰﾄﾞ		金庫　支店
口座番号		口座名義人	(ｶﾅ)	農協　出張所

福岡県後期高齢者医療広域連合提出用

留意事項

1. 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。
2. 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。
3. 同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度これを添付することが原則ですが、初療又は医師による再同意の日から起算して６か月（初療又は再同意の日が月の15日以前の場合は当該月の５か月後の末日とし、月の16日以降の場合は当該月の６か月後の月の末日とする。）内の期間における２回目以降の請求にあっては、その添付は省略可能です。（変形徒手矯正術を除く。）

（日本工業規格Ａ４）