

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									
	(フリガナ)				○発症又は負傷の原因及びその経過									
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				○業務上・外、第三者行為の有無				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・令和 年 月 日～至・令和 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					
	温 罨 法 (加 算)						円×	回=	円					
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具 (加 算)						円×	回=	円					
	変 形 徒 手 矯 正 術 (加 算)				右上肢		円×	回=	円					
					左上肢		円×	回=	円					
	※温罨法との併施は不可				右下肢		円×	回=	円					
					左下肢		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 ・ 2 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、その費用を領収しました。				令和 年 月 日		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					
	免許登録番号				あん摩マッサージ指圧師		施術所 所在地 名称		施術者 氏 名 電 話					
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。				令和 年 月 日		〒 -		申請者 住 所					
	福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様				(被保険者)		氏 名		電 話					
支 払 機 関 欄	金融機関名		銀 行 信 用 金 庫		本店 (所)		預金種別							
			信 用 組 合 協 同 組 合		支店 (所)		1. 普通 2. 当座 3. ()							
□ 座 名 義 カタカナで記入				□ 座 番 号										
同 意 記 録 欄	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間					
					令和 年 月 日									