

秋田県後期高齢者医療療養費支給申請書

(年 月分) (はり・きゅう用)

施術機関番号

7									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8 高齢 9割

0 高齢 7割

被 保 険 者 欄	○ 保険者番号							
	○ 被保険者番号							
	○ 被保険者氏名 <small>(フリガナ)</small>	○ 性別	○ 生年月日	○ 業務上・外、第三者行為の有無				
		男・女	明・大・昭 年 月 日生	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ()				
○ 傷病名	○ 発病又は負傷年月日		○ 発病又は負傷の原因及びその経過					
	年 月 日							

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	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()			転 帰	
	初回	1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)			円	摘 要
	2 回 以 降	はり	円 ×	回 =	円	
		はり(電気鍼併用)	円 ×	回 =	円	
		きゅう	円 ×	回 =	円	
		きゅう(電気温灸器併用)	円 ×	回 =	円	
		はり・きゅう併用	円 ×	回 =	円	
	往療料	4kmまで		円 ×	回 =	
往療料	4km超		円 ×	回 =	円	
費 用 額 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	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	施術所名	施術者 登録番号
	平成 年 月 日	住 所 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。	申請者 (被保険者)	住 所
	平成 年 月 日	秋田県後期高齢者医療広域連合長 様	氏 名

支 払 機 関 欄	○ 支払区分	○ 口座区分	○ 金融機関名	銀行	農協	本店
	① 振込	1. 普通 2. 当座 9.		金庫	組合	支店 出張所
○ 口座名義 (カタカナで記入)			○ 口座番号			

委 任 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を下記代理人に委任します。	申請者 (被保険者)	氏 名
	平成 年 月 日	代理人	住 所 氏 名

同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			年 月 日		
	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入して下さい。