

秋田県後期高齢者医療療養費支給申請書

(令和 年 月 日 施術分) (あんま・マッサージ用)

8 高齢9割

0 高齢7割

被 保 険 者 欄	○保険者番号		3	9	0	○被保険者番号																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)				続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過																										
		男・女																															
明・大・昭・平・令		年		月		日生																											
欄	○傷病名				○発病又は負傷年月日		○業務上・外、第三者行為の有無																										
					年 月 日		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		躯幹	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)		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						保健所 登録区分	1. 施術所所在地																									
	令和 年 月 日 住所							2. 出張専門施術者住所地																									
欄	免許登録番号						あん摩 マッサージ指圧師	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 住所																																
支 払 機 関 欄	○支払区分		○口座区分		○金融機関名				銀行 農協 金庫 組合		本 店 支 店 出 張 所																						
	振 込		1.普通 2.当座 3.通知 4.別段																														
○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受領代理人に委任します。						住所																										
	令和 年 月 日																																
申請者 (被保険者) 氏 名						◎		電話 ()																									
住所																																	
受領代理人 氏 名						◎		電話 ()																									
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																								
					令和 年 月 日																												

※ 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。
 ※ 施術管理者及び申請者(被保険者)の記名押印は署名でも差し支えありません。