

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 ()																						
欄	○ 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		転 帰																					
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症		7. その他 ()				継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医																					
	初	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)							摘 要																					
	回	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																									
	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																											
はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)			円 × 回 = 円																											
往療料			2kmまで		円 × 回 = 円																									
加 算 (km)					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 はり師、きゅう師 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。				申請者 (被保険者) 住 所				☎ 電話 ()																					
	平成 年 月 日				秋田県後期高齢者医療広域連合長 様 氏 名				☎ 電話 ()																					
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																					
	① 振込		1. 普通 2. 当座 9.																											
○ 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				住 所 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																					
					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																					
				年 月 日																										

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。