

秋田県後期高齢者医療療養費支給申請書

( 年 月分 ) ( あんま・マッサージ用 )

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		○ 性別	○ 生年月日		○ 業務上・外、第三者行為の有無							
	(フリガナ)		男・女	明・大・昭		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		○ 発症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		転 帰	
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日					日		新規・継続		継続・治癒・中止・転医	
	傷病名又は症状												
	マッサージ		円×		局所×		回 =		円		摘 要		
	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 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		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											
通院○													
往療◎													
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		あん摩マッサージ指圧師		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					◎ 電話 ( )					
	平成 年 月 日		秋田県後期高齢者医療広域連合 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		本 店	
	① 振込		1. 普通 2. 当座 9.		金庫 組合					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		◎ 電 話 ( )								
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. 「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。