

秋田県後期高齢者医療療養費支給申請書

施術機関番号

8 高齢 9割

0 高齢 7割

(年 月分) (あんま・マッサージ用)

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

被 保 険 者 欄	○ 保険者番号																																	
	○ 被保険者番号																																	
	○ 被保険者氏名		○ 性別 男・女	○ 生年月日		○ 業務上・外、第三者行為の有無																												
	(フリガナ)			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 4kmまで		円 × 回 =		円																													
	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
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 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。		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. 「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。