

後期高齢者医療療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)



負担割合
8:1割 0:3割

(平成 年 月分)

機関番号

保険者番号	3 9	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) 男・女 明・大・昭 年 月 日生
被保険者番号		発症又は負傷の原因及び経過	第三者行為か否か はい・いいえ
発症又は負傷年月日	年 月 日	発症又は負傷の原因及び経過	第三者行為か否か
施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数
	年 月 日	自 年 月 日～至 年 月 日	日
	傷病名又は症状	請求区分	
	マッサージ	円× 局所× 回=	円
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回=	円
	温電法	円× 回=	円
	温電法・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
	合計		円
一部負担金(1割・3割)		円	
請求額		円	
転帰	治癒・中止		
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(施術内容欄の合計=10割)を領収しました。		
	領収証欄	施術所名	平成 年 月 日
	免許登録番号	保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地	氏名 ⑩ 電話
申請欄	上記施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。		
	被保険者住所(申請者)	氏名	⑩ 電話
大分県後期高齢者医療広域連合 様			
支払機関欄	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	金融機関名
	金融機関コード	支店コード	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	口座番号	口座名義人	(か)
同意記録	同意医師氏名	住所	同意年月日
			平成 年 月 日
			傷病名
			要加療期間

大分県後期高齢者医療広域連合用

記入上の注意

- 往療を要した理由及び施術に関する特記事項等は、摘要欄に記入をしてください。
- 代理受領の場合、支払機関欄には必ず委任を受けた代理人の口座を記入してください。
- 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を要しません。この場合には、同意をした医師の住所・氏名、再同意年月日等を同意記録欄に記入してください。

同意書 (あんま・マッサージ療養費用)

患 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日
傷 病 名					
発 病 年 月 日	昭・平	年	月	日	
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()				
初診にて同意を行った 場合における特記 (該当する場合のみ)	※初診にて同意を行った場合は、同意は主治の医師が行うという観点から、同意に至った特段の理由をお書きください。(例：前医からの情報提供)				
施 術 の 種 類	1. マッサージ	軀幹	右上肢	左上肢	右下肢 左下肢
※療養が必要な部位の み選択して下さい	2. 変形徒手矯正術	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
往 療	1. 必要とする 2. 必要としない 必要とする理由：				
	※往療は真に安静を必要とするやむを得ない理由(移動することで症状が悪化するなど)がある場合等が該当となります。				
<p>上記の者については、診察の結果、療養のための医療上のあんま・マッサージが必要と認め、あんま・マッサージの施術に同意する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保 険 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 険 医 氏 名 印</p>					

往療内訳書

平成 年 月分

施術者氏名 施術所(者)住所	施術所から 患家までの 距離
被保険者氏名 被保険者住所	

	出発地名	出発地住所	距離	備考
1日				
2日				
3日				
4日				
5日				
6日				
7日				
8日				
9日				
10日				
11日				
12日				
13日				
14日				
15日				
16日				
17日				
18日				
19日				
20日				
21日				
22日				
23日				
24日				
25日				
26日				
27日				
28日				
29日				
30日				
31日				

記入例

往療内訳書

下記の被保険者について主として
施術を行った施術者の氏名

平成 年 月 分

施術者氏名 大分 太郎

施術所(者)住所 大分市東春日町17番20号

施術所から
患家までの
距離

5^キ。

被保険者氏名 広域 花子

被保険者住所 大分市〇〇〇町〇〇〇番〇〇〇号

	出発地名	出発地住所	距離	備考
1日				
2日				
3日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	
4日		住所は保険証の住所を記入。 施術をした住所が、保険証の住所と異なる場合は、 施術をした住所も併せて記入。		
5日				
6日				
7日				
8日				
9日				
10日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	大分 花子
11日				
12日				
13日				上記の施術者と異なる施術者が施術 を行った場合は、備考欄に記入。
14日				
15日				
16日				
17日	前患者	大分市×××町×××番×××号	2	
18日				
19日				
20日				
21日				
22日				
23日				
24日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	
25日				
26日				
27日				
28日				
29日				
30日				
31日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	