後期高齢者医療療養費支給申請書 （ あんま・マッサージ用 ）

捨印

負担割合	
８：１割	０：３割

（平成　　年　　月分）

機関番号										

| | | | | | | | | | |

（代理受領用）

後期高齢者医療療養費支給申請書 （ あんま・マッサージ用 ）

捨印

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女
被保険者番号										明・大・昭　年　月　日生

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	はい・いいえ

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	治癒・中止
	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			
	施術報告書交付料 （前回支給：　年　月分）	円×　回＝　円			
	合　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（領収証欄）

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。

施術所名　　平成　年　月　日

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

施術者　住　所

免許登録番号

氏　名　　㊞　電話

申請及び委任欄

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。
なお、私の受ける療養費の受領方を下記代理人に委任します。

〒　－

被保険者（申請者）　住　所

氏　名　　㊞　電話

代理人　住　所

大分県後期高齢者医療広域連合　様　　氏　名

支払機関欄

預金種別	１．普通　２．当座　３．貯蓄	金融機関名	銀行　本店 金庫　支店 農協　出張所
金融機関コード	支店コード		
口座番号	口座名義人	(ｶﾅ)	

同意記録

同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		平成　年　月　日		

大分県後期高齢者医療広域連合用

記入上の注意

1. 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。
2. 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。
3. 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。