

後期高齢者医療療養費支給申請書

施術機関コード

( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

給付割合	
9割	7割

保険者番号	3 9 1 6			
被保険者番号	0			
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	業務上・外、第三者行為の有無		
	1男	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他( )		
	2女	発症又は負傷の原因及びその経過		
	明・大・昭	年 月 日生		
施術内容欄	初療年月日	年 月 日	施術期間	
		年 月 日	自・年 月 日～至・年 月 日	
	実日数	日	発病又は負傷年月日	
		年 月 日	年 月 日	
	傷病名又は症状	請求区分		
	マ ッ サ ー ジ	軀幹	円×	回=
		右上肢	円×	回=
		左上肢	円×	回=
		右下肢	円×	回=
		左下肢	円×	回=
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=
	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
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円	
合計			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。	保健所登録区分	1 施術所所在地 2 出張専門施術師住所地	
	年 月 日 住所 免許登録番号 あん摩・マッサージ・指圧師 名称 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。	年 月 日 〒		
	申請者住所 富山県後期高齢者医療広域連合長様 (被保険者) 氏名 電話			
支払機関欄	支払区分	預金の種類	口座番号	
	1 振込	1 普通 2 当座		
	口座名義 (カタカナで記入)			
金融機関コード	金融機関名		支店コード	
	銀行 金庫 協合 本店 支店 出張所			
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	
			年 月 日	
傷病名	要加療期間			
委任欄	本申請書に基づく療養費に関する受領を代理人に委任します。			
	年 月 日	申請者 住所 (被保険者) 氏名		
		住所 代理人 氏名		

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。