

後期高齢者医療 療養費支給申請書(年 月分)
(はり・きゅう用)

公費負担者番号・受給者番号

被 保 険 者 欄	保険者番号						被保険者番号																									
	3	9	4	2																												
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)										発症又は負傷の原因及びその経過																			
													男																			
										女																						
		明・大・昭 年 月 日生										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																				
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間										実日数		請求区分																	
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日										日		新規・継続																	
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()										発病又は負傷年月日 年 月 日																			
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用										円		転 帰 継続・治癒・中止・転医																		
	施術料	はり		円× 回= 円										摘 要																		
		きゅう		円× 回= 円																												
		はり・きゅう併用		円× 回= 円																												
		電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具		円× 回= 円																												
	往療料 (2kmまで)		円× 回= 円																													
	加算 (km)		円× 回= 円																													
加算 (km)		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○	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
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. 出張専門施術者住所地																			
	年 月 日										住 所																					
	施術所名										氏 名		Ⓜ																			
	免許登録番号										はり師																					
免許登録番号										きゅう師																						
										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										住 所																					
	長崎県後期高齢者医療広域連合長 様										申請者 (被保険者) 氏 名		Ⓜ																			
										電 話																						
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店		支店		出張所																			
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座				金庫 農協																									
口座名義 カタカナで記入		口座番号																														
備 考	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。																															
	年 月 日										住 所																					
	被保険者 氏 名										Ⓜ																					
代理人 住 所										氏 名		Ⓜ																				
										氏 名		Ⓜ																				
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															
													平成 年 月 日																			
												平成 年 月 日																				

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)

公費負担者番号・受給者番号									

被 保 険 者 欄	保険者番号					被保険者番号																										
	3	9	4	2																												
	(フリガナ)					発症又は負傷の原因及びその経過																										
	療養を受けた者の氏名					男	業務上・外、第三者行為の有無																									
明・大・昭 年 月 日生					1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																											
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間			実日数		請求区分																								
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日			日		新規・継続																								
	傷病名又は症状							発症又は負傷年月日																								
								年 月 日																								
	マッサージ		円×	局所×	回=	円		転 帰																								
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円		継続・治癒・中止・転医																								
	温罨法		円×		回=	円		摘 要																								
	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																										
	加算(km)		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○	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
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. 出張専門施術者住所地																								
	年 月 日					住 所																										
	施術所名 免許登録番号					氏 名 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。					〒																										
	年 月 日					住 所 申請者 長崎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		金融機関名		銀行			本店																						
	1. 振 込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			金庫	農協	支店	出張所																						
口座名義		口座番号																														
カタカナで記入																																
備 考	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。																															
	年 月 日																															
	被保険者 住 所 氏 名					氏 名																										
代理人 住 所 氏 名					氏 名																											
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																							
					平成 年 月 日																											
				平成 年 月 日																												

申請書等のまとめ方について

申請書ごとに下図のとおり重ねて、左上をホッチキスで綴じること

往療内訳書																																		
同意書																																		
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)										公費負担者番号・受給者番号																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>												3	9	4	2																			
3	9	4	2																															
被 保 険 者 欄	保険者番号					被保険者番号																												
	療養を受けた者の氏名					(フリガナ)		発症又は負傷の原因及びその経過																										
	男・女					明・大・昭 年 月 日生		業務上・外、第三者行為の有無																										
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間			実日数		請求区分																										
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日			日		新規・継続																										
	傷病名又は症状							発症又は負傷年月日																										
	マッサージ							円× 局所× 回=		円			転 帰																					
	変形徒手矯正術							円× 肢× 回=		円			摘 要																					
	温電法							円× 回=		円																								
	温電法・電気光線器具							円× 回=		円																								
	往療料(2kmまで)							円× 回=		円																								
	加算(km)							円× 回=		円																								
	加算(km)							円× 回=		円																								
合 計									円																									
一部負担金(1割・3割)									円																									
請 求 額									円																									
施 術 日 欄	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	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. 出張専門施術者住所地																										
	年 月 日					住 所																												
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					住 所																												
支 払 機 関 欄	支払区分					預金の種類		金融機関名			銀行		本店																					
	1. 振 込 2. 銀行送金					1. 普通 2. 当座					金庫		支店																					
口座名義					口座番号					農協		出張所																						
カタカナで記入																																		
備 考	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。																																	
	年 月 日					住 所																												
被保険者					氏 名																													
代理人					住 所																													
					氏 名																													
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																					
									平成 年 月 日																									
								平成 年 月 日																										