

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																			
	平成 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。										〒		—																			
	平成 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 金庫 支店 農協 出張所																
	1. 振 込 2. 銀行送金					1. 普通 2. 当座																										
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。																															
	平成 年 月 日 被保険者 住 所 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											

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		円																													
一部負担金(1割・3割)		円		円																														
請求額		円		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	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																										
	平成 年 月 日					住所																												
	施術所名 免許登録番号					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。					〒																												
	平成 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。																																	
	平成 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																														

【記入上の注意点】①～⑦については、遺漏なきよう特にご注意をお願いいたします。

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

1 ※被爆者手帳をお持ちのかたは番号を記入すること。

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)				男・女				発症又は負傷の原因及びその経過																	
	明・大・昭 年 月 日生				業務上・外、第三者行為の有無				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																					
	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		2 例: 歩行困難のため ※往療を算定する場合は、その理由を記入すること。																	
	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		3 往療先 〇〇市〇〇町〇番〇号 ※往療先が保険証に記載されている住所以外の場合は、その住所を記入すること。施設等の場合はその名称も記入すること。																		
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. 出張専門施術者住所地															
	平成 年 月 日		住所																											
	4 施術所名 ※施術所名を記入すること。		住所																											
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。												〒		5 ※保険証に記載されている住所を記入すること。															
	平成 年 月 日		住所																											
申請者		氏名																												
長崎県後期高齢者医療広域連合 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。																													
	平成 年 月 日		住所																											
被保険者		氏名																												
代理人		住所																												
		氏名																												
		6 ※代理人は、口座名義と同一であること。ただし口座名義が団体等の名称で、代理人がその代表者である場合は可とする。																												
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													
	7 ※再同意の際は、同意記録欄の余白に確認の方法を記入すること。(電話確認、文書確認等)								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					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																										
	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	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																					
	平成 年 月 日										住 所																							
	施術所名 免許登録番号										あん摩マッサージ指圧師 氏 名		◎																					
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。										〒		—																					
	平成 年 月 日										住 所																							
	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 支店			農協 出張所																							
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。																																	
	平成 年 月 日																																	
	被保険者 住 所 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																							
											平成 年 月 日																							
										傷 病 名		要加療期間																						
										平成 年 月 日																								