

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																													
											明・大・昭 年 月 日生										男										業務上・外、第三者行為の有無																			
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( )																														円										発病又は負傷年月日										
										初検料 1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用																														円										年 月 日
施 術 内 容																				はり 円× 回= 円 きゅう 円× 回= 円 はり・きゅう併用 円× 回= 円 電療料 円× 回= 円 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具										転 帰																				
										往療料 4kmまで 円× 回= 円 往療料 4km超 円× 回= 円																				円										継続・治療・中止・転医										
合 計 円																				円																				摘 要										
										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																													
	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。										円										-																													
	年 月 日										住所																																							
申請者										氏 名										Ⓜ																														
長崎県後期高齢者医療広域連合長 様										(被保険者)										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										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										Ⓜ																			
	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																												
	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	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																								
	温電法			円×		回=	円	摘 要																								
	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																										
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					住所																										
免許登録番号					氏 名																											
					あん摩マッサージ指圧師																											
					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																															
	申請者 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																							
	1. 振 込 2. 銀行送金			1. 普通 2. 当座					金庫 農協																							
	本店 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																																
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																						
							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						
	(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 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		
								年 月 日		
	マッサージ		円×	局所×	回=	円		転 帰		
								継続・治癒・中止・転医		
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円		摘 要		
								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		円×		回=	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。		
	温罨法・電気光線器具		円×		回=	円				
往療料 4 kmまで		円×		回=	円					
往療料 4 km超		円×		回=	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. 出張専門施術者住所地		
	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					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。		
	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 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		Ⓜ			
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

<b>往療内訳書</b>																																														
<b>同意書</b>																																														
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																																						
								年 月 日																																						
	マッサージ		円× 局所×		回=		円		転 帰 継続・治癒・中止・転医 摘 要																																					
	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																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">施術日</td> <td style="width: 20px;">通院○</td> <td style="width: 20px;">往療◎</td> <td style="width: 20px;">月</td> <td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">5</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">7</td><td style="width: 20px;">8</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">10</td><td style="width: 20px;">11</td><td style="width: 20px;">12</td><td style="width: 20px;">13</td><td style="width: 20px;">14</td><td style="width: 20px;">15</td><td style="width: 20px;">16</td><td style="width: 20px;">17</td><td style="width: 20px;">18</td><td style="width: 20px;">19</td><td style="width: 20px;">20</td><td style="width: 20px;">21</td><td style="width: 20px;">22</td><td style="width: 20px;">23</td><td style="width: 20px;">24</td><td style="width: 20px;">25</td><td style="width: 20px;">26</td><td style="width: 20px;">27</td><td style="width: 20px;">28</td><td style="width: 20px;">29</td><td style="width: 20px;">30</td><td style="width: 20px;">31</td> </tr> </table>												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																																						
	年 月 日					住 所																																								
	施術所名					住所																																								
申 請 欄	免許登録番号					あん摩マッサージ指圧師 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																																			
	1. 振 込 2. 銀行送金					1. 普通 2. 当座					金庫 農協																																			
	口座名義					口座番号					本店 支店 出張所																																			
備 考 欄	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 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																																								