

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					発症又は負傷の原因及びその経過																										
(フリガナ)					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																							
		きゅう					円× 回=		円																							
	電療料	はり・きゅう併用					円× 回=		円																							
		1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 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																								
	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																											
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					
	マッサージ					円×	局所×	回=	円		
	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			
	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				
	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。					〒 ー					
	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 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							

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		1. 業務上・外、第三者行為の有無 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																							
	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																										
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							◎																				
					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 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																			
	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 ◎ 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																										