

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 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 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 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× 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 | | | | | | | | | | (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 | | | | | | | | | | 本店 支店 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | |

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～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 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× | | 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 | | | | | 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。 | | | | | 〒 | | — | | | | | | | |
| | 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 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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |

【記入上の注意点】①～⑥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 | | | | | | 発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 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 | | | <p>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。</p> <p>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。</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温罨法 | | | 円× 回＝ | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | | | 円× 回＝ | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 (1割・3割) | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>施術日</p> <p>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</p> <p>往療◎</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | Ⓜ | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 払 機 関 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 欄 | 長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 (被保険者) 氏名 | | | | | | 住所 | | | Ⓜ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 | | | | | | 氏名 | | | Ⓜ | | | | | | | | | | | | | | |
| 同 意 記 録 | 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 カタカナで記入 | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p>氏名</p> <p>Ⓜ</p> <p>代理人 住所</p> <p>氏名</p> <p>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。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | あん摩マッサージ指圧師 氏 名 | | | | | | | |
| | | | | | | 電 話 | | | | | | | |
| 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 住所 | | | | | | | |
| (被保険者) 氏 名 | | | | | | 電 話 | | | | | | | |
| 支払区分 | | 1. 振 込 2. 銀行送金 | | 預金の種類 | | 金融機関名 | | 銀行 | | 本店 | | | |
| 口座名義 | | カタカナで記入 | | 口座番号 | | 1. 普通 2. 当座 | | 金庫 農協 | | 支店 出張所 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |