後期高齢者医療　療養費支給申請書

（平成　　年　　月施術分）　（はり・きゅう用）

施術機関番号　04-8-［　　］①

②種別コード　8 高齢 9割　0 高齢 7割

保険者番号	3904③	被保険者番号	④
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 明・大・昭　年　月　日生	(住所) 発症または負傷の原因およびその経過	

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	業務上・外、第三者行為の有無
平成　年　月　日	自・平成　年　月　日～至・平成　年　月　日	日	1.業務上　2.第三者行為　3.その他

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	請求区分：新規・継続
施術料 はり	円×　回＝	円	転帰
施術料 きゅう	円×　回＝	円	継続・治癒・中止・転医
施術料 はり・きゅう併用	円×　回＝	円	摘要
施術料 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	
費用額計	⑤	円	
一部負担金（1割・3割）	⑥	円	
請求額	⑦	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。

平成　年　月　日　住所

はり師、きゅう師

施術者登録番号 ⑧　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　⑨ 住所

宮城県後期高齢者医療広域連合長　殿　被保険者　氏名　㊞　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	口座番号	銀行CD	支店CD
⑩ 1. 振込	1.普通 2.当座			

口座名義カタカナで記入

銀行 金庫 農協　本店 支店 出張所

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		

委任欄

本申請書に基づく療養費の受領を代理人に委任します。

平成　年　月　日

⑨ 住所　被保険者　氏名　㊞

⑪ 住所　代理人　氏名　㊞

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初検料の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
2.「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。

平成　年　月　日提出　受付日付印

記入上の注意

① 施術機関番号　登録された施術機関番号を記載してください。

② 種別コード　被保険者証に記載されている一部負担金の割合から該当の給付割合をマルで囲んでください。
記載方法　一部負担金の割合　1割→8高齢9　　3割→0高齢7　を囲んでください。

③ 保険者番号　被保険者証に記載されている保険者番号を記入してください。
例　仙台市青葉区　39**04**1017　　石巻市　39**04**2023
※下線の数字が**04（宮城県の県番号）**以外の場合は宮城県以外の被保険者の方です。
上記該当の方は、各都道府県の後期高齢者医療広域連合にお問い合わせ下さい。

④ 被保険者番号　被保険者証に記載されている被保険者番号（8桁）を記入してください。

⑤ 費用額計　費用額の総計を記載してください。

⑥ 一部負担金　該当する一部負担金の割合（1割または3割）をマルで囲み、一部負担金額を記載してください。

⑦ 請求額　請求（申請）する金額を記載してください。
⑤合計から⑥一部負担金額を引いた額となります。

⑧ 施術者登録番号　はり師免許、きゅう師免許、あん摩マッサージ指圧師免許の番号を記載してください。

⑨ 被保険者　できる限り被保険者本人から自筆、押印をしていただいてください。

⑩ 支払機関欄　施術機関届に記載してある振込先口座情報を御記入ください。
届出内容に変更があり次第、再度機関届を提出していただくことになります。

⑪ 代理人　給付金の受領者（受取代理人）を記載してください。

- 申請書の記載洩れ・記載不備があった場合は、返戻をさせて頂くこととなりますので、提出前に再度ご確認ください。
- 返戻となった場合は、訂正のうえ次月以降の受付期間に再提出してください。
- 口座番号、所在地等の登録内容に変更があった場合は、施術機関変更届を速やかに広域連合に提出してください。