後期高齢者医療　療養費支給申請書

（平成　　年　　月施術分）　（マッサージ用）

施術機関番号　04-9-

8	高齢 9割
0	高齢 7割

保険者番号	3904	被保険者番号	

療養を受けた者の氏名	(フリガナ) 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

傷病名又は症状		発病又は負傷年月日
		年　月　日

マッサージ	躯幹	円×	回＝	円
	右上肢	円×	回＝	円
	左上肢	円×	回＝	円
	右下肢	円×	回＝	円
	左下肢	円×	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	2kmまで	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

請求区分
新規・継続
転帰
継続・治癒・中止・転医
摘要

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

あん摩マッサージ指圧師　住所

施術者登録番号　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

宮城県後期高齢者医療広域連合長　殿　被保険者　住所

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
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

被保険者　住所

氏名　　㊞

代理人　住所

氏名　　㊞

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名については、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