

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					男 ・ 女	発症又は負傷の原因及びその経過																									
(フリガナ)					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	転 帰																								
	変形徒手矯正術					円× 肢× 回=	円	継続・治癒・中止・転医																								
	温巻法					円× 回=	円	摘 要																								
	温巻法・電気光線器具					円× 回=	円																									
	往療料(2kmまで)					円× 回=	円																									
	加算(km)					円× 回=	円																									
	加算(km)					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。																															
	平成 年 月 日					住所																										
	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。																															
	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					Ⓜ																										
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 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					住所																										
	被保険者 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						平成 年 月 日																			

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																							
		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 (2kmまで)					円×	回=	円																								
	加算 (km)					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																									
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。																															
	平成 年 月 日					住 所																										
	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。																															
	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					Ⓜ																										
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀行送金				預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名			銀行 本店 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。																															
	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

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名				
被保険者番号			生年月日	年	月	日	
公費負担者番号			入外		割合	割	
公費受給者番号							
診療年月	年 月	療 養 期 間	平成	年	月	日	から
診療日数	日		平成	年	月	日	まで

種 類	
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額								食 事 回 数			
審査認定額 ※ 1								療養に要した費用額			
一部負担金								食事標準負担額			
支給金額											

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>					
口座名義人 (カタカナ)					

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所

氏 名 印

連絡先