

新潟県後期高齢者医療療養費支給申請書

| | | |
|------|------|----|
| 給付割合 | 後期高齢 | 9割 |
| | 後期高齢 | 7割 |

(平成 年 月 施術分) (はり・きゅう用)

| | | | | | | | | | |
|-------------------|------------------------------------|---|---------|---------------------------------------|-----------|-------------|---|--|----|
| 被保険者番号 | | 保険者番号 | 3 | 9 | 1 | 5 | | | |
| 公費負担番号 | | 公費受給者番号 | | | | | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | 発症又は負傷の原因およびその経過 | | | | | | | |
| | 明・大・昭 年 月 日生 男・女 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 年月日 | 年月日から年月日まで | 日 | 1 業務上 2 第三者行為である 3 その他 | | | | | |
| | 傷病名又は症状 | 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 | | | 発病又は負傷年月日 | | | | |
| | | 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () | | | 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 | | | |
| | 施術料 | はり | 円× | 回= | 円 | 転 帰 | | | |
| | | きゅう | 円× | 回= | 円 | 継続・治癒・中止・転医 | | | |
| | | はり・きゅう併用 | 円× | 回= | 円 | 摘 要 | | | |
| | | 電療料 | 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 | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| | 免許登録番号または 施術者登録番号 | はり師、きゅう師 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(医療費)の支給を申請します。 | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | 〒 | - | 新潟県後期高齢者医療広域連合長 宛 申請者 住所 (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・信組 | | | | 本店 |
| | 1 振込 | 1 普通 2 当座 4 別段 | | | 金庫 | | | | 支店 |
| | 口座名義人(カナ) | 口座番号 | | | | | | | |
| 委任欄 | 本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します。 | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 被保険者住所 (委任者) 氏名 | 〒 | | - | Ⓜ | | | | |
| 代理人住所 (受任者) 氏名 | 〒 | | - | Ⓜ | 電話 | - | - | | |
| 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 | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | |

記入上の注意

- 1 施術内容欄の傷病名又は症状、初検料及び電療料の施術については、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 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下さい。
- 3 初療の日から3ヵ月を経過した時点における同意書については、実際に医師からの同意を得ていれ必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。