

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	Ⓜ	電話	-	-		
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						出張所
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。