

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) (あんま・マッサージ用)

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					発病又は負傷年月日																										
	マッサージ	軀幹	円×	回=	円	請求区分																										
		右上肢	円×	回=	円	新規・継続																										
		左上肢	円×	回=	円	転帰																										
		右下肢	円×	回=	円	継続・治療・中止・転医																										
		左下肢	円×	回=	円	摘要																										
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円																											
	温電法	円×	回=	円																												
	温電法・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																												
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 氏名			あん摩マッサージ指圧師	氏名 (印) 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 円 -	申請者 住所 (被保険者) 氏名 (印) 電話 - -																											
	支払機関欄	支払区分 1 振込	預金の種類 1 普通 2 当座 4 別段	金融機関名	銀行・信組	本店	金庫	支店	農協	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 (委任者) 住所 氏名 (印)	代理人 (受任者) 住所 氏名 (印)			円 -	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、初回の施術については、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か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ば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。