

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 分) (あんま・マッサージ用)

|                    |                                    |            |                |     |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------|------------------------------------|------------|----------------|-----|-----------------------------|-------------|-------|---|-------|---|------------------|-----|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 被保険者番号             |                                    | 保険者番号      | 3              | 9   |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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  |                |     |                             |             |       |   |       |   |                  | 年月日 |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | マッサージ                              | 躯幹         | 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・治癒・中止・転医 |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    |                                    | 左下肢        | 円×             | 回=  | 円                           | 摘 要         |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 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 4kmまで                          | 円×         | 回=             | 円   |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 往療料 4km超                           | 円×         | 回=             | 円   |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 施術報告書交付料<br>(前回支給: 年月分)            | 円×         | 回=             | 円   |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 合計                                 |            |                | 円   |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 一部負担金(1割・3割)       |                                    |            | 円              |     |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 請求額                |                                    |            | 円              |     |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術日<br>通院○<br>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。           |            |                |     |                             |             |       |   |       |   | 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                           |            |                |     |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 申請欄                | 免許登録番号または 氏名                       |            |                |     |                             |             |       |   |       |   | あん摩マッサージ指圧師      |     | 氏名 電話 - -             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 氏名                                 |            |                |     |                             |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 支払機関欄              | 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 千 百 十 円    |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 新潟県後期高齢者医療広域連合長 宛                  |            |                |     |                             |             |       |   |       |   | 申請者 住所           |     | 氏名 電話 - -             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 支払機関欄              | 支払区分                               |            | 預金の種類          |     | 金融機関名                       |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    | 1 振込                               |            | 1 普通 2 当座 4 別段 |     | 銀行・信組 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |             |       |   |       |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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<br>(委任者) 氏名                |            | 氏名             |     |                             |             |       |   |       |   |                  |     | 氏名                    |    | 氏名 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 代理人 住所<br>(受任者) 氏名 |                                    | 氏名         |                |     |                             |             |       |   |       |   |                  | 氏名  |                       | 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 |   |                  |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                    |                                    |            |                |     | 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6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。