

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							
	マッサージ	軀幹	円×	回=	円				
		右上肢	円×	回=	円				
		左上肢	円×	回=	円				
		右下肢	円×	回=	円				
		左下肢	円×	回=	円				
	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 4kmまで	円×	回=	円					
	往療料 4km超	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。	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	あん摩マッサージ指圧師 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 円 -
	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	本店
	1 振込	1 普通 2 当座 4 別段	銀行・信組 金庫 農協	支店 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 (委任者) 氏名
	代理人 住所 (受任者) 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。