

後期高齢者医療療養費支給申請書

(年 月分)

給付割合	
7	9

保険者番号		個人番号				
被保険者番号		カナ				
性別	男・女	被保険者氏名				
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日					
発病又は負傷の原因及びその経過						
施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間		施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無	
	年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日	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				請求区分	
	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				新規・継続	
	右上肢				円×	回= 円
	左上肢				円×	回= 円
	右下肢				円×	回= 円
	左下肢				円×	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 (前回支給： 年 月分)				円×	回= 円	
合計金額				円		
一部負担金(1割・3割)				円		
請求金額				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			
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。		印	電話		
	年 月 日	〒	住所			
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店	
	1. 振込	1. 普通 2. 当座	金融機関番号	信用金庫 農協	支店 出張所	
口座名義人 カタカナで記入		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	住所	被保険者 氏名	印		
		住所	代理人 氏名	印 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	
再 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	