

様式第3号(第5条関係)

後期高齢者医療療養費支給申請書（マッサージ用）  
(平成 年 月施術分)

04-9-

施術機関番号

8 高齢 9割  
0 高齢 7割

|                      |                                                   |                                                                                     |                       |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|----------|----|-----------------------|-------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 番 号            |                                                   | 3904                                                                                |                       | 被 保 険 者 番 号       |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療 養 を 受 け た の 氏 名    | (フリガナ)                                            |                                                                                     |                       | (住所)              |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 男・女                                               |                                                                                     |                       | 発症または負傷の原因およびその経過 |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 明・大・昭 年 月 日生                                      |                                                                                     |                       |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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        |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 平成 年 月 日                                          |                                                                                     | 自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日 |                   | 日        |    | 1.業務上 2.第三者行為 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                                         |                                                                                     | 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  |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 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 |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 平成 年 月 日 住所<br>あん摩マッサージ指圧師<br>施術者登録番号 氏名 (印) 電話   |                                                                                     |                       |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申 請 欄                | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。                     |                                                                                     |                       |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 平成 年 月 日 住所<br>宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿 被保険者 氏名 (印) 電話   |                                                                                     |                       |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支 払 機 関 欄            | 支払区分                                              |                                                                                     | 預金の種類                 |                   | 口 座 番 号  |    | 銀行CD                  |             | 支店CD                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 1. 振 込                                            |                                                                                     | 1.普 通 座<br>2.当 座      |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 口 座 名 義<br>カタカナで記入                                |                                                                                     |                       |                   |          |    | 銀 行<br>金 庫<br>農 協     |             | 本 店<br>支 店<br>出 張 所 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |                                                   |                                                                                     |                       |                   | 平成 年 月 日 |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 委 任 欄                | 本申請書に基づく療養費の受領を代理人に委任します。                         |                                                                                     |                       |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      | 平成 年 月 日<br>被保険者 住所<br>氏名 (印)<br>代理人 住所<br>氏名 (印) |                                                                                     |                       |                   |          |    |                       |             |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |

記入上の注意

1. 「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ください。  
2. 委任欄は給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

平成 年 月 日提出

受付日付印