

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										3	9	0	4	被 保 険 者 番 号																																													
療 養 を 受 け た 氏 名 (フリガナ)										(住所)										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										マ ッ サ ー ジ										発病又は負傷年月日																																						
																					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 罨 法										円×										回＝										円																												
	温 罨 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 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。 平成 年 月 日 住所 あん摩マッサージ指圧師 施術者登録番号 氏名										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																													
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 宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿 被保険者 氏名										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 2.当 座																																							
										口座名義 カタカナで記入																														銀 行 金 庫 農 協										本 店 支 店 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										被保険者 住所 氏名										代理人 住所 氏名																													

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