

後期高齢者医療療養費支給申請書（はり・きゅう用） （平成 年 月施術分）										04-8-										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 受 け た の 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																													
										男・女																																																	
																				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 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ）																				発病又は負傷年月日																													
																														年 月 日																													
										初 検 料																				円										請 求 区 分																			
										1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用																				円										新 規 ・ 継 続																			
										施 術 料										はり										円× 回＝										円										転 帰									
																				きゅう										円× 回＝										円										継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医									
																				はり・きゅう併用										円× 回＝										円										摘 要									
																				電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.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																													
										費 用 額 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																													
										平成 年 月 日 住所																																																	
										はり師、きゅう師 氏名																				⑩ 電話																													
施術者登録番号																																																											
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																				⑩ 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 2.当 座																																							
										口 座 名 義 カタカナで記入																														銀 行 本 店 金 庫 支 店 農 協 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																				⑩																													
代理人 住所																																																											
										氏名																				⑩																													

受付目付印