

(被保険者・家族)療養費支給申請書
(年 月分)

機関コード

(マッサージ用)

公費負担者番号		公費受給者番号		区市町村番号		受給者番号		特記事項		1. 社国 3. 後期 2. 本外 8. 高外9 2. 公費 4. 退職 6. 家外 0. 高外8		給付割合 8 9 10		
								種類 04 マ						
被保険者氏名 (フリガナ) 男 女 明・大・昭・平 年 月 日生		事業所 名称 所在地		保険者番号		被保険者記号・番号								
被保険者住所 郵便番号 (フリガナ) (受取人情報)/(被保険者情報)										電話 ()				
療養が被扶養者 に関するとき		被扶養者 氏名 男 女 生年月日		明治 大正 昭和 平成 年 月 日生		被保険者 との続柄								
発病の原因及びその経過												業務上・外、第三者行為の有無		
初療年月日		施術期間		実日数		入院入院外の別		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他						
年月日		自 年月日～至 年月日		日		0:入院外 1:入院		発病又は負傷年月日						
施 術 内 容 欄	傷病名又は症状										年 月 日			
	マッサージ		円× 局所× 回=		円						請求区分 新規・継続			
	変形徒手矯正術		円× 肢× 回=		円						転 帰			
	温 電 法		円× 局所× 回=		円						摘 要			
	温電法・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・2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。 年 月 日 あん摩マッサージ指圧師 住所 施術者登録番号 氏名 ⑩ 電話		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								
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								
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 栃木県後期高齢者医療広域連合長 殿 被保険者 住所 氏名 ⑩												
支払機関欄		支払区分 1. 振込		預金の種類 1. 普通2. 当座		金融機関名		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所				
		金融機関コード				口座番号								
		口座名義人				(口座名義人フリガナ)								
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 氏名 ⑩										年 月 日提出 受付日付印		
		代理人 住所 氏名 ⑩												

〔記入上の注意〕 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 再同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名同意年月日、傷病名、要加療機関の提示がある場合にはその期間を〔同意記録欄〕に記入してください。