

(様式 A-3)

平成 年 月 日

【 後 期 高 齢 者 医 療 】

療養費支給申請書（はり・きゅう）送付票

平成 年 月提出分

療養費支給申請書（枚数）	枚
請求額合計（金額）	円

（請求者）施術者名

施術所名

住 所 〒

電話番号

受 領 印

受 領 印

(様式 B-3)

平成 年 月 日

【 後 期 高 齢 者 医 療 】

療養費支給申請書（はり・きゅう）総括票

平成 年 月提出分

療養費支給申請書（枚数）	枚
請求額合計（金額）	円

団体名称

団体住所 〒

電話番号

受 領 印

## 送付票（様式 A-3）・総括票（様式 B-3）について

### 【各団体の方へ】

- ・申請書の提出は医療機関コード※毎にお願いしております。  
市町村毎・診療月毎での提出はご遠慮下さい。  
※医療機関コードとは  
各所属団体、各施術所、施術者、施術種別、住所毎にコードが割り当てられております。なお、支給決定通知書と同封の療養費施術師別支給一覧の左上の10桁の数字となります。
- ・各施術所又は各施術者毎に「様式 A-3」を使用し提出をお願いします。
- ・「様式 A-3」の累計を「様式 B-3」に記入し提出をお願いします。

### 【団体に属していない施術所の方へ】

- ・申請書の提出は医療機関コード※毎にお願いしております。  
市町村毎・診療月毎での提出はご遠慮下さい。  
※医療機関コードとは  
各所属団体、各施術所、施術者、施術種別、住所毎にコードが割り当てられております。なお、支給決定通知書と同封の療養費施術師別支給一覧の左上の10桁の数字となります。
- ・「様式 A-3」を使用し提出をお願いします。
- ・「様式 A-3」が複数枚の場合には、累計を「様式 B-3」に記入し提出をお願いします。