

群馬県後期高齢者医療療養費支給申請書 (平成 年 月分)
(あんま・マッサージ用)

給付割合	
9割	7割

保険者番号																				(フリガナ)			
被保険者番号																				療養を受けた者の氏名	男・女		
公費負担者番号																							
公費受給者番号																				明・大・昭・平	年	月	日生
発症又は負傷の原因及びその経過																							
業務上・外、第三者の行為の有無		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																					
施術内容欄	初療年月日										施術期間												
	平成 年 月 日										自・平成 年 月 日 ~ 至・ 年 月 日												
	傷病名又は症状																				実日数 日		
																					発症又は負傷年月日		
											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										年 月 日		
	マ ッ サ ー ジ																				請求区分		
																					新規・継続		
																					転帰		
																					継続・治癒・中止・転医		
	変形徒手矯正術										円 × 肢 × 回 = 円										摘要		
	温 罨 法										円 × 回 = 円												
	往療料 2 km まで										円 × 回 = 円												
	加算 (km)										円 × 回 = 円												
	合計										円												
一部負担金										円													
請求額										円													
施術日		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																					
通院○																							
往療◎	月																						
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																						
申請者	免許登録番号										住所												
											あん摩マッサージ指圧師 氏名 印 電話												
申請者	上記金額の支給を申請し、その金額の受領を下記代理人に委任します。										平成 年 月 日 円 -												
											申請者 住所 (被保険者) 氏名 印 電話 殿 代理人 住所 氏名 印												
支払機関欄	預金の種類	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄			金融機関名										銀行 本店								
	金融機関コード				支店コード										金庫 支店								
	口座番号				口座名義(か)										農協 出張所								
同意記録	同意医師氏名	住所										(再) 同意年月日					傷病名		要加療期間				
												平成 年 月 日											