

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		
	マ ッ サ ー ジ										軀 幹		円 ×	回 =	円	年 月 日							
											右上肢		円 ×	回 =	円	請求区分							
											左上肢		円 ×	回 =	円	新規・継続							
											右下肢		円 ×	回 =	円	転 帰							
											左下肢		円 ×	回 =	円	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 4kmまで										円 ×	回 =	円										
	往療料 4km超										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										
支払機関欄	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										〒 -												
											申請者 住所												
											(被保険者) 氏 名												
										印 電話													
										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																