

後期高齢者医療療養費支給申請書

( 年 月 日 施術分 ) ( はり・きゅう用 )

施 術 機 関 番 号

県番	表別	地区	番 号	検証

8 高 齢 9
0 高 齢 7

保 険 者 番 号				
被 保 険 者 番 号				
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	業務上・外、第三者行為の有無		
	1 男	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他( )		
	2 女	発症又は負傷の原因及びその経過		
1・2・3 明・大・昭		年 月 日 生		
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間	実日数	
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日	日	
	傷病名 1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩		請 求 区 分	
	5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他( )		新 規 ・ 継 続	
	初 回	1 はり 2 はり (電気鍼併用) 3 きゅう 4 きゅう (電気温灸器併用)	転 帰	
		5 はり、きゅう併用 6 はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)	円	継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医
	2 回 目 以 降	はり	円× 回=	摘 要
		はり (電気鍼併用)	円× 回=	
		きゅう	円× 回=	
		きゅう (電気温灸器併用)	円× 回=	
		はり、きゅう併用	円× 回=	
		はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)	円× 回=	
		往 療 料 4kmまで	円× 回=	
		往 療 料 4km超	円× 回=	
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円× 回=	
	合 計	円		
	一 部 負 担 金 ( 1 割 ・ 3 割 )	円		
	請 求 額	円		
施 術 日	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			
通 院○				
往 療◎				
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	
	年 月 日 住所	1 施術所所在地 2 出張専門施術師住所地		
	免許登録番号 はり師	免許登録番号 きゅう師 氏名 (印) 電話		
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。			
	年 月 日 申請者住所	愛知県後期高齢者医療広域連合長 様 (被保険者) 氏名 (印) 電話		
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	口 座 番 号	
	1 振 込	1 普 通 座 2 当 座	金融機関コード	
	口 座 名 義 (カタカナで記入)	金融機関名		
銀 行 本 店 金 庫 支 店 農 協 出 張 所				
委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。			
	年 月 日	申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 (印)		
		代理人 住 所 氏 名 (印)		
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	
			年 月 日	
		傷 病 名	要 加 療 期 間	

記入上の注意

- 1 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容、請求区分及び転帰欄については、該当する項目を○で囲んでください。
- 2 「摘要」欄は、施術に関する特記事項(往療先の住所・施設名及び往療を必要とした理由等)を記入してください。
- 3 申請欄及び委任欄の署名及び押印は、被保険者自身が行ってください。自筆での署名ができない場合は、委任状(参考様式第1号)を添付の上、成年後見人又は親族等の代筆により申請及び委任を行ってください。