様式第3号(第4条関係)

後期高齢者医療療養費支給申請書

(　　年　　月施術分)　(あん摩・マッサージ用)

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 2 女	1 業務上　2 第三者行為である　3 その他(　　)
	1・2・3 明・大・昭　　年　月　日生	発症又は負傷の原因及びその経過

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	発病又は負傷年月日
	年　月　日	自・　年　月　日～至・　年　月　日	日	年　月　日

傷病名又は症状		請求区分
		新規・継続
マッサージ	円×　局所×　回＝　円	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	
温罨法・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・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

免許登録番号　あん摩・マッサージ・指圧師

住所

氏名　　㊞　　電話

保健所登録区分　1 施術所所在地　2 出張専門施術師住所地

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　　㊞　　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	口座番号	金融機関コード	支店コード
1 振込	1 普通 2 当座		金融機関名 銀行　本店 金庫　支店 農協　出張所	
口座名義(カタカナで記入)				

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(被保険者)　住所

氏名　　㊞

代理人　住所

氏名　　㊞

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		

記入上の注意

1 施術内容欄の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。

4 初療時には医師の同意書を添付してください。この場合は「同意記録」欄の記入は不要です。また、初療の日から3箇月が経過するごとの医師の同意については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも同意書の添付は要しません。この場合には「同意記録」欄に記入してください。