


後期高齢者医療療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

保険者番号		フリガナ	
被保険者番号		療養を受けた被保険者氏名	
診療年月	年 月	生年月日	年 月 日
発症又は負傷の原因及びその経過			
病名			
施術部位			
施術期間	年 月 日 から 年 月 日		
施術者氏名			
施術者住所			
施術費用額	円		
振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	普通 当座 その他
			口座番号
			口座名義人（カタカナ）
<p>上記のとおり施術に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ ⑩</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p>島根県後期高齢者医療広域連合長 様</p>			
審査決定金額	円	支給決定金額	円
一部負担金額	円		
※この申請書には、「施術料金明細書兼領収書（あんま・マッサージ用）」（別紙） と「同意書（あんま・マッサージ用）」を添付してください。			市町村確認者 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

施術料金明細書兼領収書（あんま・マッサージ用）

施術を受けた者の氏名	男・女		年齢	歳																									
傷病名又は症状																													
保険医の同意のあった年月日	年	月	日	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																									
初療年月日	年	月	日																										
施術期間	年	月	日～	年	月	日	実日数	日																					
2回目以降	マッサージ	円× 局所× 回＝		円	請求区分																								
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回＝		円	新規・継続																								
	温罨法	円× 回＝		円	転 帰																								
	温罨法・電気光線器具	円× 回＝		円	継続・治癒・中止・転医																								
	往 療 料 2kmまで	円× 回＝		円	摘 要																								
	加 算 (km)	円× 回＝		円																									
合 計		円																											
施術日	年	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																										
領収金額		円																											
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																													
あんま・マッサージ師.....																													
免許証記号番号.....																													
免許証交付年月日.....																													
住所（電話番号）.....																													
名 称																													
氏 名 																													

※施術日の内訳は施術を行なった日を○印で囲んでください。

※なお、往療施術はそれぞれ赤色をご使用ください。また、本書は一月ごとにご使用ください。