

(マッサージ用)

療養費支給申請書 (平成 年 月)

按摩 9 支払区分

被保険者番号												保険者番号		3	9	4	5													
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)										性別	続柄	発病又は負傷年月日		年		月		日											
													発病又は負傷の原因及びその経過		第三者行為の有無															
生年月日	明	大	昭									年			月			日	はい・いいえ											
初療年月日			施術期間										実日数		請求区分															
平成		年			月		日	平成		年			月		日	～	平成			年			月		日		日	新規・継続		
傷病名又は症状																				転帰										
																				治癒・中止										
施術内容欄	マッサージ		軀幹	円×		回＝				円		【摘要】																		
			右上肢	円×		回＝				円																				
			左上肢	円×		回＝				円																				
			右下肢	円×		回＝				円																				
			左下肢	円×		回＝				円																				
	変形徒手矯正術		円×		肢×		回＝				円																			
	温罨法		円×		回＝						円																			
	温罨法・電気光線器具		円×		回＝						円																			
	往療料		別紙「往療内訳書」のとおり										円																	
	合計										円								介護認定なし											
一部負担金										円								要支援												
請求額										円								要介護												
施術日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16													
通院○ 往療◎		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。																													
	平成		年			月			日	住所																				
	あん摩マッサージ指圧師										名称																			
	施術者番号										氏名		Ⓜ																	
申請欄	上記の療養に要した費用に関して療養費（医療費）の支給を申請し、その金額の受領を代理人に委任します。																													
	平成		年			月			日	住所																				
	被保険者（申請者）										氏名		Ⓜ																	
	宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様										電話																			
支払機関欄	預金種別											金融機関名																		
	口座番号											口座名義人																		
受取代理人欄	代理人の氏名と印											Ⓜ		備考欄																
	代理人の住所																													
同意記録	同意医師	住所										氏名																		
	同意年月日	平成			年			月			日	傷病名																		
	要加療期間（指示があった場合）	平成												年			月			日	～		平成			年			月	

※電算 ※の部分には何も記入しないでください。

宮崎県後期高齢者医療広域連合用