

**申請書記入例
(マッサージ)**

保険証を確認のうえ、正確に記入してください。
(別紙1の1参照)

施術月と施術期間を一致させてください。
(別紙1の3参照)

この数字は変更しないでください。

広域連合より通知した、支払区分(2又は3)を記入してください。
(別紙1の2参照)

(マッサージ用) 療養費支給申請書 (平成 24 年 12 月) 按摩 9 支払区分 2

該当する項目に○をしてください。

必ず記入してください。
(別紙1の4参照)

保険証を確認のうえ、該当する割合(1割又は3割)を記入してください。
(別紙1の1参照)

申請日は、施術証明日と同日以降にしてください。
(別紙1の11参照)

広域連合より通知した番号(9桁)を記入してください。記入誤りがあると、支払いに支障があります。
(別紙1の2参照)

往療料算定の場合、該当する項目に○をし、介護認定の数字を記入してください。「介護認定なし」の場合は、数字の記入は不要です。また、不明の場合は「不明」と【摘要】欄に記入してください。
(別紙1の14参照)

申請者は原則被保険者本人となります(後見人等の場合は、証する書類の写しを添付してください)。
(別紙1の6参照)

被保険者番号		00654321			保険者番号		3 9 4 5 2 0 3 2										
療養を受けた者の氏名		(フリガナ) コウキ ハナコ			性別	続柄		発病又は負傷年月日									
後期 花子		女							平成24年 6月 30日								
生年月日		明大昭 5 年 3 月 5 日			発病又は負傷の原因及びその経過		第三者行為の有無		脳梗塞後遺症による はい (いいえ)								
初療年月日		平成 24 年 7 月 3 日			施術期間		実日数		請求区分								
		平成 24 年 12 月 6 日 ~ 平成 24 年 12 月 21 日			3 日		新規・ <input checked="" type="radio"/> 継続		転帰								
傷病名又は症状		脳梗塞後遺症、筋麻痺(右上下肢、軀幹)							治療・中止								
施術内容欄	マッサージ	軀幹	260 円×	3 回=	780 円	【摘要】											
		右上肢	260 円×	3 回=	780 円												
		左上肢	円×	回=	円												
		右下肢	260 円×	3 回=	780 円												
		左下肢	円×	回=	円												
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円											
		温電法	70 円×	3 回=	210 円												
	温電法・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					2,550 円	介護認定なし											
一部負担金		3 割			765 円	要支援											
請求額					1,785 円	要介護											
施術日	12 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	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																	
平成24年12月21日																	
住所 延岡市出北〇-〇-〇																	
名称 〇〇マッサージ院																	
氏名 按摩 一郎 (印)																	
電話 0982-11-1111																	
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24年12月28日																	
住所 延岡市東本小路〇-〇																	
氏名 後期 花子 (印)																	
電話 0982-00-0123																	
宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様																	
支払機関欄	預金種別	普通			金融機関名	△△農協 △△支店											
	口座番号	0 0 0 9 9 9 9			口座名義人(カナ)	アンマ イチロウ											
受取代理人欄	代理人の氏名と印	按摩 一郎 (印)						備考欄									
	代理人の住所	延岡市出北〇-〇-〇															
同意記録	同意医師	延岡市土々呂〇〇 〇診療所			氏名	同意 一郎											
	同意年月日	平成 24 年 9 月 28 日			傷病名	脳梗塞後遺症											
	要加療期間(指示のあった場合)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日															
※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																	

同意年月日は、必ずその月施術を行うための根拠となっている同意日を記入してください。
(別紙1の10参照)

この欄には何も記入しないでください。

注...別紙1とは「別紙1 療養費(はり、きゅう、あん摩)支給申請に係る注意事項」を指します。