

別記様式第16号の3 (第15条関係)

後期高齢者医療療養費支給申請書

施術機関コード

2. マッサージ

年 月分

保険者番号									
被保険者証等の記号番号									

30	1. 国単	3. 退本単	5. 退家単	7. 後期
	1 高一	2 高7	3 6歳未満	9割・8割

個人番号

療養を受けた者の氏名	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平	年 月 日生	発病又は負傷の原因及びその経過	業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他
------------	-----------	---------------------	--------	-----------------	---

施術内容欄	初療年月日	当月施術期間		実日数	療養の内容
	年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日	日	1. マッサージ 2. 温電法 3. 変形徒手矯正術
傷病名又は症状					発病又は負傷年月日 年 月 日
マッサージ	円 ×	局所 ×	回 =	円	請求区分 新規・継続
変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円	転帰 治癒・中止・転医
温電法	円 ×		回 =	円	適要
温電法・電気光線器	円 ×		回 =	円	
往療料 4kmまで	円 ×		回 =	円	
往療料 4km超	円 ×		回 =	円	
合計				円	
一部負担金(1割・2割・3割)				円	
請求額				円	
施術日 通院○ 住療◎	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				

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。〒 住所
世帯主 氏名
組合員 氏名
受給者 電話番号 (印)
北海道後期高齢者医療広域連合長宛

支払機関欄	支払区分	預金種別	金融機関名	銀行	支店	口座名義人
	1. 振込	1. 普通 2. 当座	口座番号			

代理人欄 住所 氏名 (印)

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収したことを証明します。 年 月 日 あんま・マッサージ指圧師登録記号番号又は免許番号	委任欄	本請求に基づく療養費の支給を申請しその受領を左記施術者(上記代理人)に委任します。 年 月 日 住所 世帯主 氏名 組合員 氏名 受給者 氏名 (印)
	保健所登録区別 住所 氏名 (印)		

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. 「摘要」欄は住療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。
2. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていなくても必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。