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

保険者番号	
被保険者証等の記号番号	

2．マッサージ　　年　　月分

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．温罨法 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	躯幹　円×　回＝　円 右上肢　円×　回＝　円 左上肢　円×　回＝　円 右下肢　円×　回＝　円 左下肢　円×　回＝　円		請求区分 新規・継続 転帰 治癒・中止・転医
変形徒手矯正術	円×　肢×　回＝　円		適要
温罨法	円×　回＝　円		
温罨法・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		
施術報告書交付料 (前回支給:　年　月分)	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○ 往療◎	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。　〒

年　月　日　　住所

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

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	㊞

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

保健所登録区別

住所

氏名　㊞

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

世帯主 組合員 受給者　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.「摘要」欄は往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。