様式第7号（第9条関係）

山形県後期高齢者医療療養費支給申請書

（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

施術機関番号 | | | 8 | | | | | |

8 高齢 9割
0 高齢 7割

被保険者欄

○保険者番号								
○被保険者番号								

○ 被保険者氏名	○ 性別	○ 生年月日	○ 業務上・外、第三者行為の有無
（フリガナ）	男・女	明・大・昭　年　月　日生	1. 業務上　2.第三者行為である 3. その他（　　）
○ 傷病名		○ 発病又は負傷年月日	○ 発症又は負傷の原因及びその経過
		年　月　日	

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	自　年　月　日 ～ 至　年　月　日	日	新規・継続

傷病名　1. 神経痛　2. リウマチ　3.頸腕症候群　4.五十肩　5. 腰痛症　6. 頸椎捻挫後遺症　7.その他（　　）

転帰：継続・治癒・中止・転医

初回	1.はり　2.はり(電気鍼併用)　3.きゅう　4.きゅう(電気温灸器併用) 5.はり、きゅう併用　6.はり、きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)		円
2回目以降	はり	円×　回 =	円
	はり(電気鍼併用)	円×　回 =	円
	きゅう	円×　回 =	円
	きゅう(電気温灸器併用)	円×　回 =	円
	はり・きゅう併用	円×　回 =	円
	はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)	円×　回 =	円
往療料	2kmまで	円×　回 =	円
加算（　　km）		円×　回 =	円
費用額計			円
一部負担金（1割・3割）			円
請求額			円

摘要

施術日 通院○ 往療◎	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

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。　施術所名　　施術者登録番号

平成　年　月　日　はり師、きゅう師　住所　氏名　㊞　電話（　）

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。

平成　年　月　日　申請者（被保険者）　住所　氏名　㊞　電話（　）

山形県後期高齢者医療広域連合長　殿

支払機関欄

○支払区分	○ 口座区分	○ 金融機関名		
① 振込	1.普通　2.当座 9.		銀行　農協 金庫　組合	本店 支店 出張所
○ 口座名義（カタカナで記入）		○ 口座番号		

委任欄

本請求に基づく給付金に関する権限を下記代理人に委任します。　申請者（被保険者）　氏名　㊞

平成　年　月　日

代理人　住所　氏名　㊞　電話（　）

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		
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. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入して下さい。