

様式第8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) (あん摩・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○保険者番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名											
	○被保険者番号				年 月 日															
	(カガ)				○発症又は負傷の原因及びその経過															
	療養を受けた者の氏名				男 女				○業務上・外、第三者行為の有無											
明・大・昭				年 月 日生				1.業務上 2.第三者行為である 3.その他()												
施 術 内 容 欄	初療年月日				施術期間				実日数				請求区分							
	平成 年 月 日				自 年 月 日～至 年 月 日				日				新規・継続							
	傷病名又は症状												転 帰 継続・治癒・中止・転医							
	マ ッ サ ー ジ				軀 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				摘 要											
	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 4kmまで				円× 回= 円															
	往療料 4km超				円× 回= 円															
	費用 額 計				円															
	一部負担金 (1 割 ・ 3 割)				円															
	請 求 額				円															
	施術日 通院○ 月 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															
	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。				保健所登録区分				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地										
平成 年 月 日				住 所				氏 名 ④ 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。				申請者 住所															
	平成 年 月 日				(被保険者)				山形県後期高齢者医療広域連合長 殿 氏名 ④ 電話 ()											
支 払 機 関 欄	○支払区分				○口座区分				○金融機関名				本店 支店 出張所							
	① 振込				1. 普通 2. 当座 9.				銀行 農協 金庫 組合											
○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 氏名				④											
	平成 年 月 日				(被保険者)				代理人 住所 氏名 ④ 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											
									年 月 日											

記入上の注意

「摘要」欄は療養を必要とした理由、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ください。