

障がい・ひとり親・一負助成 医療費支給申請書
国民健康保険療養費支給申請書

会員番号

本人
三歳未満
家族
高齢9
高齢8

(第 回)
(平成 年 月分) (マッサージ用)

区市町村番号		保険者番号										
受給者番号		被保険者記号・番号										
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	被保険者氏名 (世帯主・組合員)									
	男 女		発症又は負傷の原因及びその経過									
明・大・昭・平	年 月 日生											
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	業務上・外、第三者行為の有無								
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日	日	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他								
	傷病名又は症状			発症又は負傷年月日								
				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								
				継続・治癒・中止・転医								
	温 罨 法	円× 回=	円	摘 要								
	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									
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円× 回=	円									
	合 計	公費負担額 (割) 円	円									
一部負担金 (1割・2割・3割)		円										
請 求 額		円										
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。		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										
	免許登録番号	住所										
	あん摩マッサージ指圧師 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(医療費)の支給を申請します。											
	平成 年 月 日	住所										
	世帯主 受給者 対象者	氏名		☎ 電話								
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	本店 支店 出張所								
	1. 口座振替 2. 窓口払	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. その他 ()	銀行 金庫 農協									
	口座名義	口座番号										
委 任 欄	本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します。											
	平成 年 月 日	住所										
	世帯主 受給者 対象者	氏名		☎								
	住所											
	代理人	氏名										
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名								
			平成 年 月 日									
				要加療期間								

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。