

(被保険者・家族) 療養費支給申請書
(平成 25年 6月分)

機関コード

(マッサージ用)

公費負担者番号		公費受給者番号		市区町村番号		受給者番号		特記事項		① 社国 3 後高 2 公費 4 退職		2 本外 8 高外9 4 六外 0 高外8 ⑥ 家外		給付割合 8 9 10	
市区町村番号		保険者番号		被保険者記号・番号						種類 04 マ					
① 被保険者氏名		(フリガナ) トウキョウタロウ		⑤ 事業所		名称									
東京太郎		④ 明・大・②平 28年 5月 14日生		④ 男・女		所在地									
④ 被保険者住所		郵便番号 3 7 0 - 3 3 3 3		(フリガナ) タカサキシ〇〇マチ		(受取人情報)/(被保険者情報) 高崎市〇〇町×××		電話 027-555-6666							
療養が被扶養者に関するとき		⑦ 被扶養者氏名 東京愛子		男・女		④ 生年月日 明治 昭和 平成 30年 10月 14日生		⑦ 被保険者との続柄 妻							
④ 疾病の原因及びその経過		不詳		② 業務上・外、第三者行為の有無											
④ 初療年月日		平成 24年 3月 4日		⑦ 施術期間		自・平成25年 6月 1日～至・平成25年 6月30日		⑦ 実日数 5日		入院入院外の別		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他		発病又は負傷年月日	
傷病名又は症状		パーキンソン症候群		⑦ 請求区分		不詳		年 月 日							
マッサージ		270円× 5局所× 5回=		6,750円		⑧ 入院外		1:入院							
変形徒手矯正術		円× 肢× 回=		円		⑧ 転帰		新規・ <u>継続</u>							
温 罨 法		円× 局所× 回=		円		⑧ 転帰		継続・治癒・中止・転医							
温罨法・電気光線器具		円× 回=		円		⑧ 摘要		歩行困難の為							
往療料 2kmまで		1,800円× 5回=		9,000円											
加算(1.0 km)		800円× 5回=		4,000円											
合 計				19,750円											
一部負担金(1割・2割・ <u>3割</u>)				5,925円											
請 求 額				13,825円											
④ 施術日		6月		1 2 3 4 ⑤ 6 7 8 9 ⑩ 11 12 13 ④ 15 16 17 18 19 20 ⑪ 22 23 24 25 26 ⑫ 28 29 30 31											
④ 通院往療															
④ 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 25年 6月 30日		あん摩マッサージ指圧師		住所 高崎市〇△町XXX											
免許登録番号 12345		氏名 高崎 花子		④ 電話 027-111-2222											
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷病名		要加療期間							
高橋一郎		高崎市〇〇町1-2-3		平成 25年 5月 16日		パーキンソン症候群		5月16日～8月31日							
④ 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 25年 6月 30日		全国健康保険協会支部		〇世帯主住所 高崎市〇〇町×××							
〇〇市		健康保険組合		〇組合員住所		〇市町村		被保険者氏名 東京太郎							
		共済組合		被保険者		国民健康保険組合		受給者 氏名 東京太郎							
		後期高齢者広域連合 長殿													
④ 支払機関欄		④ 支払区分		預金の種類		金融機関名		〇〇支店		④ 本店		④ 支店		④ 出張所	
① 振込		① 普通 2.当座		〇〇銀行		〇〇支店									
金融機関コード		7777		口座番号		1 2 3 4 5 6 7									
口座名義人		〇〇師会口座		(口座名義人フリガナ)		〇〇シカイコウザ									
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 25年 6月 30日		〇世帯主住所 高崎市〇〇町×××		氏名 東京太郎						平成 年 月 日提出 受付日付印	
		代理人		住所 〇〇市〇△町XXX		氏名 〇〇師会									

〇〇市 国保

【記入上の注意】 1.往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2.同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の揭示がある場合にはその期間を【同意記録欄】に記入してください。

(被保険者)・家族) 療養費支給申請書
(平成 25年 6月分)

機関コード

(マッサージ用)

特記事項	1 社国 ③後高	2 本外 4 六外 6 家外	⑧高外9 0 高外8	給付割合 8 ⑨ 10
	2 公費 4 退職			
種類	04マ			

公費負担者番号											
公費受給者番号											
市区町村番号											
受給者番号											

保険者番号	3	9	3	3	3	3	3	3	3
⑦被保険者記号・番号	1	2	3	4	5	6	7	8	

⑦被保険者氏名	(フリガナ) ニホンイチロウ	⑤事業所	名称	
	日本一郎		所在地	
	① 明・大・②平 5年 12月 7日生			

⑧被保険者住所	郵便番号 370-1111	(フリガナ) タカサキシ○○マチ
	(受取人情報)/(被保険者情報)	高崎市○○町××× 電話 027-111-2222

療養が被扶養者に関するとき	⑦被扶養者氏名	男・女	⑧生年月日	明治昭和 年 月 日生	⑨被保険者との続柄	本人
---------------	---------	-----	-------	-------------	-----------	----

⑩ 疾病の原因及びその経過	不詳	⑪ 業務上・外、第三者行為の有無	
---------------	----	------------------	--

⑫ 初療年月日	平成 18年 8月 1日	⑬ 施術期間	自・平成25年 6月 1日～至・平成25年 6月30日	⑭ 実日数	7 日	入院入院外の別	⑮入院外 1:入院	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他 発病又は負傷年月日
---------	--------------	--------	-----------------------------	-------	-----	---------	--------------	-------------------------------------

施術内容欄	傷病名又は症状	腰痛症						不詳	年 月 日
	マッサージ	270 円×	3 局所×	7 回=	5,670 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×	局所×	回=	円	摘 要			
	温罨法・電気光線器具	円×		回=	円	歩行困難の為			
	往 療 料 2kmまで	円×		回=	円				
	往療詳細別紙	円×		回=	15,800 円				
	合 計				21,470 円				
	一部負担金 (1割・2割・3割)				2,147 円				
	請 求 額				19,323 円				

⑯ 施術日 通院○ 往療◎	6月	1 ② 3 4 5 ⑥ 7 8 ⑨ 10 11 12 ⑬ 14 15 16 17 ⑱ 19 20 21 22 23 ⑳ 25 26 27 28 ㉑ 30 31
---------------------	----	---

⑰ 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。 平成 25年 6月 30日 免許登録番号 12345	保健所登録区分	⑰ 施術所所在地	2. 出張専門施術者住所地
	あん摩マッサージ指圧師 住所 高崎市○○町×××		氏名 高崎 花子	⑱ 電話 027-XXX-XXXX

⑱ 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
	田中一郎	高崎市△△△町×××	平成 25年 4月 20日	腰痛症	4月20日～ 7月31日

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 25年 6月 30日	世帯主住所	高崎市○○町×××
	〇〇県	国民健康保険組合 長殿	〇被保険者 受給者 氏名 日本一郎

支払機関欄	① 振込	預金の種類	金融機関名	銀行	〇△支店	本店
		① 普通 2. 当座	〇△銀行	金庫	出張所	
	金融機関コード	7777	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
	口座名義人	〇〇師会口座	(口座名義人フリガナ)	〇〇シカイコウザ		

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 25年 6月 30日	世帯主住所	高崎市○○町×××	平成 年 月 日提出
	〇被保険者 受給者 氏名 日本一郎	代理人住所	〇〇市△△△町×××	受付日付印
	氏名 〇△師会			

[記入上の注意] 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の掲示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。

〇〇県 後期高齢者

(被保険者)・家族)療養費支給申請書
(平成 25 年 6 月分)

機関コード (マッサージ用)

特記事項	①社国 3 後高 2 公費 4 退職	②本外 8 高外9 4 六外 0 高外8 6 家外	給付割合 8 9 10
公費負担者番号			
公費受給者番号			
市区町村番号			
受給者番号			
①被保険者氏名	(フリガナ) オオサカサブロウ 大阪三郎	⑤事業所 名称 〇〇株式会社 所在地 高崎市〇〇町3-3-3	保険者番号 7 8 9 0 1 2 3 4 ⑦被保険者記号・番号 あ111・22222
④被保険者住所	郵便番号 111-2222 (フリガナ) タカサキシ〇〇マチ (受取人情報)/(被保険者情報) 高崎市〇〇町××× 電話 027-777-8888	③治療が被扶養者に関するとき 被扶養者氏名 男・女 ④生年月日 明 治 平 和 成 年 月 日 生 ⑧被保険者との続柄	
⑨疾病の原因及びその経過	不詳	⑩業務上・外、第三者行為の有無	
②初療年月日	⑦施術期間	⑥実日数	入院入院外の別 1.業務上 2.第三者行為である ⑨その他 発病又は負傷年月日 平成 20年 2月 10日
平成 20年 3月 10日	自・平成25年 6月 1日～至・平成25年 6月30日	6 日	⑪入院外 1:入院
傷病名又は症状	坐骨神経痛	請求区分 新規・ 継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医 摘 要 歩行困難のため	
マッサージ	270 円× 3 局所× 6 回=	4,860 円	
変形徒手矯正術	円× 肢× 回=	円	
温 罨 法	円× 局所× 回=	円	
温罨法・電気光線器具	円× 回=	円	
往療料 2kmまで	1,800 円×	6 回=	10,800 円
加算(4.0 km)	1,600 円×	6 回=	9,600 円
合 計			25,260 円
一部負担金(1割・2割(3割))			7,578 円
請 求 額			17,682 円
施術日 通院○ 往療○	6月 1 2 ⑬ 4 5 6 7 ⑭ 9 10 11 ⑮ 12 13 14 15 16 17 ⑯ 18 19 20 21 ⑰ 22 23 24 25 26 ⑱ 27 28 29 30 31		
⑫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。 平成 25年 6月 30日 あん摩マッサージ指圧師 住所 高崎市〇〇町2-2-2 免許登録番号 12345678 氏名 松原〇男 ⑫電話 027-111-2222	保健所登録区分 ①	① 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
⑬同意記録欄	同意医師の氏名 住 所 同意年月日 傷 病 名 要加療期間 高橋一郎 高崎市〇〇町3-3-3 平成 25年 4月 10日 坐骨神経痛 4月10日～6月30日		
⑭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 25年 6月 30日 ○ 全国健康保険協会支部 健康保険組合 世帯主 住所 高崎市〇〇町××× 協会けんぽ〇〇支部 健康保険組合 組合員 〇被保険者 氏名 大阪三郎 共済組合 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者広域連合 長殿 受給者		
⑮支払機関欄	⑮支払区分 預金の種類 金融機関名 ①振込 ①普通 2.当座 群馬〇〇 銀行 高崎△△ 本店 金庫 支店 農協 出張所	金融機関コード 7777	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 口座名義人 〇〇師会 会長〇〇〇〇 (口座名義人フリガナ) 〇〇シカイコウザ
⑯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 25年 6月 30日 世帯主 住所 高崎市〇〇町××× 〇被保険者 氏名 大阪三郎 代理人 住所 高崎市〇〇町7-7-7 氏名 〇〇師会 会長〇〇〇〇		平成 年 月 日提出 受付日付印

協会けんぽ〇〇支部

〔記入上の注意〕 1.往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。 2.同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の掲示がある場合にはその期間を〔同意記録欄〕に記入してください。

後期高齢者医療 療養費支給申請書

(平成 25 年 6 月施術分) (マッサージ用)

施術機関番号

04-9-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ⓢ	高齢9割
0	高齢7割

保 険 者 番 号	3 9 3 3 3 3 3 3	被 保 険 者 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8
-----------	-----------------	-------------	-----------------

療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ) ニホンイチロウ	(住所) 高崎市〇〇町×××
	日本一郎	発症または負傷の原因およびその経過
	明・大・Ⓢ 5 年 12 月 7 日生	不詳

施 術 内 容 欄	初療年月日	平成 18 年 8 月 1 日	施術期間	自・平成 25 年 6 月 1 日～至・平成 25 年 6 月 30 日	実日数	7 日	業務上・外、第三者行為の有無	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
	傷病名又は症状	腰痛症		発病又は負傷年月日	不詳 年 月 日				
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	270 円×	7 回=	1,890 円	請求区分	新規・ 継続		
		右上肢	円×	回=	円	転 帰	継続・治癒・中止・転医		
		左上肢	円×	回=	円	摘 要	歩行困難の為		
		右下肢	270 円×	7 回=	1,890 円				
		左下肢	270 円×	7 回=	1,890 円				
	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 2kmまで	円×	回=	円						
往療詳細別紙	円×	回=	15,800 円						
合 計				21,470 円					
一部負担金 (1割・3割)				2,147 円					
請 求 額				19,323 円					

施術日	6 月	1 ② 3 4 5 ⑥ 7 8 ⑨ 10 11 12 ⑬ 14 15 16 17 ⑮ 19 20 21 22 23 ⑳ 25 26 27 28 ㉑ 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 25 年 6 月 30 日	住所	高崎市〇〇町×××
	あん摩マッサージ指圧師	氏名	高崎 花子
	免許登録番号 12345	☎ 電話	027-XXX-XXXX

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 25 年 6 月 30 日	住所	高崎市〇〇町×××
	宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿	被保険者	氏名 日本一郎
		☎ 電話	027-111-2222

支払機関欄	支払区分	① 振込	預金の種類	① 普通 ② 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	銀行CD	7 7 7 7	支店CD	
	口座名義	カタカナで記入	〇〇シカイコウザ	〇〇銀行	銀行 金庫 農協	〇〇支店	本店 支店 出張所			

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
	田中一郎	高崎市△△△町×××	平成 25 年 4 月 20日	腰痛症	4月20日～7月31日

委任欄	本請求書に基づく療養費の受領を代理人に委任します。		
	平成 25 年 6 月 30 日	住所	高崎市〇〇町×××
	被保険者	氏名	日本一郎
	代理人	住所	〇〇市△△△町×××
		氏名	〇△師会

記入上の注意
 1. 施術内容欄の傷病名については、該当する項目を○で囲んでください。
 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等を記入してください。

平成 年 月 日提出

受付日付印

(被保険者・**家族**)療養費支給申請書
(平成 25年 6月分)

機関コード _____ (はり・きゆう用)

公費負担者番号															
公費受給者番号															
市区町村番号															
受給者番号															
特記事項								① 社国 3 後高 2 公費 4 退職	2 本外 8 高外9 4 六外 0 高外8 ⑥ 家外	給付割合 8 9 10					
種類								05 鍼灸							
保険者番号								3	3	3	3	3	3	3	3
⑦ 被保険者記号・番号								あ・12345							

④ 被保険者氏名	(フリガナ) グンマトロウ	⑤ 事業所	名称	
	群馬太郎		所在地	
⑧ 被保険者住所	郵便番号 370-3333	(フリガナ) タカサキシ〇〇マチ		
(受取人情報)/(被保険者情報)		高崎市〇〇町×××	電話 027-222-3333	

療養が被扶養者に関するとき	⑦ 被扶養者氏名 群馬二郎	⑧ 生年月日 〇 3年12月20日生	⑨ 明大昭平 治正和成	⑩ 被保険者との続柄 子
---------------	----------------------	---------------------------	-------------	---------------------

⑪ 疾病の原因及びその経過	不詳	⑫ 業務上・外、第三者行為の有無	
---------------	-----------	------------------	--

⑬ 初療年月日	平成 18年 5月 15日	⑭ 施術期間	自平成25年 6月 1日～至平成25年 6月30日	⑮ 実日数	5 日	⑯ 入院入院外の別	⑰ 業務上 2. 第三者行為である ⑱ その他
---------	---------------	--------	---------------------------	-------	-----	-----------	-------------------------

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()				⑲ 入院外 1:入院	発病又は負傷年月日	平成 10年 11月 20日
初検料	1.はり 2.きゆう 3.はり・きゆう併用	円				請求区分	新規・ 継続
1. はり	1,230 円× 5 回=	6,150 円				転帰	継続・治癒・中止・転医
2. きゆう	円× 回=	円				摘要	
3. はり・きゆう 併用	円× 回=	円					
電療料	①電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具	30 円× 5 回=	150 円				
往療料	2kmまで	円× 回=	円				
加算()	(km)	円× 回=	円				
合計			6,300 円				
一部負担金(1割・2割)	3割		1,890 円				
請求額			4,410 円				

施術日	6月	1	2	3	4	5	⑥	7	8	9	10	⑪	12	13	14	15	16	17	⑱	19	20	21	22	23	⑳	24	25	26	27	28	㉑	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。 平成 25年 6月 30日 はり師・きゆう師	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 住所 高崎市〇〇町2-2-2
	免許登録番号 12345678	氏名	高崎 花子 ④ 電話 027-xxx-xxxx

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
	高橋 一郎	高崎市〇△町1-2-3	平成 25年 5月 25日	頸椎捻挫後遺症	5月25日～ 8月31日

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 25年 6月 30日 〇〇市	① 世帯主住所 高崎市〇〇町××× ② 組合員住所 ③ 被保険者住所 ④ 受給者住所 氏名 群馬太郎 ⑤
-----	---	--

支払機関欄	① 振込 ② 普通 2. 当座	金融機関名 〇〇金	⑥ 銀行 ⑦ 金庫 ⑧ 農協	高崎〇〇	⑨ 本店 ⑩ 支店 ⑪ 出張所
金融機関コード	7777	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義人	〇〇師会口座	(口座名義人フリガナ)	〇〇シカイ 〇〇〇〇カイチョウ		

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 25年 6月 30日 ① 世帯主住所 高崎市〇〇町××× ② 組合員住所 ③ 被保険者住所 ④ 受給者住所 氏名 群馬太郎 ⑤	代理人 住所 〇〇市〇△町XXXX 氏名 〇〇師会 会長〇〇〇〇 ⑥	平成 年 月 日提出 受付日付印
-----	--	---	---------------------

[記入上の注意] 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 同意書については、実際に医師から同意を得ていけば必ずしも添付は必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の揭示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。

〇〇市 国保

(被保険者・家族)療養費支給申請書
(平成 25年 6月分)

機関コード

(はり・きゆう用)

特記事項	1 社国 ③後高	2 本外 ⑧高外9	給付割合
	2 公費 4 退職	4 六外 0 高外8	
種類	05 鍼灸		

公費負担者番号									
公費受給者番号									
市区町村番号									
受給者番号									
保険者番号	3	9	3	3	3	3	3	3	3
被保険者記号・番号	5	5	5	5	5	5	5	5	5

被保険者氏名	(フリガナ) ヨコハマゴロウ		事業所
	横浜五郎		
被保険者住所	① 明・大・②平 5年 10月 15日生	③ 事業所	名称

被保険者住所	郵便番号 370-6666 (フリガナ) タカサキシ〇〇マチ1-2-3	所在地	高崎市〇〇町1-2-3	電話	027-777-8888
--------	-------------------------------------	-----	-------------	----	--------------

療養が被扶養者に関するとき	被扶養者氏名	男・女	④ 生年月日	明 治 正 和 平 大 昭 平	年 月 日 生	⑤ 被保険者との続柄	本人
---------------	--------	-----	--------	-----------------	---------	------------	----

⑥ 疾病の原因及びその経過	不詳	⑦ 業務上・外、第三者行為の有無	
---------------	----	------------------	--

⑧ 初療年月日	平成 25年 11月 2日	⑨ 施術期間	自・平成25年 6月 1日～至・平成25年 6月30日	⑩ 実日数	4 日	入院入院外の別	⑪ 入院外 1:入院	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他
---------	---------------	--------	-----------------------------	-------	-----	---------	------------	------------------------

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()	発病又は負傷年月日	不詳 年 月 日
初検料	1.はり 2.きゆう 3.はり・きゆう併用	請求区分	新規・ <u>継続</u>
1. はり	円× 回= 円	転 帰	
2. きゆう	円× 回= 円	継続・治癒・中止・転医	
3. はり・きゆう 併用	1,500 円× 4 回= 6,000 円	摘 要	歩行困難の為
電療料	1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具		
往 療 料	2kmまで 1,800 円× 4 回= 7,200 円		
加 算(1.0 km)	800 円× 4 回= 3,200 円		
合 計			16,400 円
一部負担金 (1割・2割・3割)			1,640 円
請 求 額			14,760 円

施術日	通院○ 往療◎	6月	1 2 3 4 ⑤ 6 7 8 9 10 11 12 13 14 ⑬ 16 17 18 19 ⑮ 21 22 23 24 25 26 27 28 ⑰ 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 25年 6月 30日 はり師・きゆう師		住所 高崎市石原町1234
	免許登録番号 鍼:54321 灸:34567	氏名 高崎 花子	④ 電話 027-111-2222

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
	高橋〇郎	高崎市〇〇町3-3-3	平成 年 月 日	腰痛症	

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。	世帯主住所	高崎市〇〇町1-2-3
	平成 25年 6月 30日	組合員	
	群馬県	〇被保険者	氏名 横浜五郎
		〇後期高齢者広域連合 長殿	

支払機関欄	① 振込	預金の種類	① 普通 2. 当座	金融機関名	〇〇銀行	銀行 金庫 農協	〇〇支店	本店 支店 出張所
	金融機関コード	7777	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
	口座名義人	〇〇師会口座	(口座名義人フリガナ)	〇〇シカイコウザ				

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 提出
	平成 25年 6月 30日	受付日付印
	世帯主住所 高崎市〇〇町1-2-3	
	〇被保険者 氏名 横浜五郎	
	代理人住所 〇〇市〇△町XXX	
	氏名 〇〇師会	

[記入上の注意] 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の掲示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。

群馬県 後期高齢者

(被保険者)・家族) 療養費支給申請書
(平成 25 年 6 月分)

機関コード (はり・きゆう用)

公費負担者番号																					
公費受給者番号																					
市区町村番号																					
受給者番号																					
①被保険者氏名	(フリガナ) フクオカシロウ 福岡四朗										⑤事業所	名称	〇〇事業所								
①被保険者住所	郵便番号			① 明・大・④平 20 年 11 月 23 日生										所在地	高崎市〇〇町1-1-1						
療養が被扶養者に関するとき	⑦被扶養者氏名		男・女		⑧生年月日		明 治 正 和 平 大 昭 成		年 月 日 生		⑨被保険者との続柄										
⑩疾病の原因及びその経過	不詳										⑪業務上・外、第三者行為の有無										
⑫初療年月日	⑬施術期間				⑭実日数		入院入院外の別		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他												
平成 20 年 3 月 20 日	自・平成 25 年 6 月 1 日～至・平成 25 年 6 月 30 日				5 日		⑯入院外 1:入院		発病又は負傷年月日 平成 20 年 2 月 15 日												
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()										請求区分 新規・ <input checked="" type="checkbox"/> 継続											
初検料 1.はり 2.きゆう 3.はり・きゆう併用										転 帰 継続・治癒・中止・転医											
① はり										1,230 円 × 5 回 = 6,150 円											
2. きゆう										円 × 回 = 円											
3. はり・きゆう 併用										円 × 回 = 円											
電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具										円 × 回 = 円											
往 療 料 2kmまで										円 × 回 = 円											
加 算(km)										円 × 回 = 円											
合 計										6,150 円											
一部負担金(1割・2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割)										1,845 円											
請 求 額										4,305 円											
摘要 歩行困難の為																					
⑰ 手術日										6 月 1 2 3 ④ 5 6 7 8 9 ⑩ 11 12 13 14 15 16 17 ⑱ 19 20 21 22 23 ⑲ 25 26 27 28 29 ⑳ 31											
⑲ 手術証明欄 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 25 年 6 月 30 日 はり師・きゆう師 免許登録番号 12345678										⑳ 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 住所 高崎市〇〇町2-2-2 氏名 松原〇男 ⑳ 電話 027-111-2222											
㉑ 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 高橋〇郎 高崎市〇〇町3-3-3 平成 25 年 5 月 20 日 腰痛症 5月20日～8月31日																					
㉒ 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 25 年 6 月 30 日 〇 全国健康保険協会支部 健康保険組合 世帯主住所 高崎市〇〇町××× 協会けんぽ〇〇支部 共済組合 組合員 市町村 〇被保険者 国民健康保険組合 受給者氏名 福岡四朗 ㉑ 後期高齢者広域連合 長殿																					
㉓ 支払機関欄 ① 振込 ① 普通 2.当座 金融機関名 銀行 高崎△△ 本店 金庫 支店 農協 出張所																					
金融機関コード 7777 口座番号										1 2 3 4 5 6 7											
口座名義人 〇〇師会 会長〇〇〇〇 (口座名義人フリガナ) 〇〇シカイコウザ																					
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 25 年 6 月 30 日 世帯主住所 高崎市〇〇町××× 組合員 氏名 福岡四朗 ㉑ 〇被保険者 受給者 代理人住所 高崎市〇〇町7-7-7 氏名 〇〇師会 会長〇〇〇〇 ㉑										平成 年 月 日 提出 受付日付印											

協会けんぽ〇〇支部

[記入上の注意] 1.往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2.同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の掲示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。

福祉医療費支給申請書

(平成 25 年 6 月分)

機関コード

(マッサージ用)

公費負担者番号							5	5	5	5	5	5	5	特記事項 1 社国 3 後高 2 公費 4 退職 種類 04 マ	2 本外 4 六外 6 家外	3 高外9 0 高外8	給付割合 8 9 10															
公費受給者番号							7	7	7	7	7	7	7																			
市区町村番号														保険者番号				3	9	3	3	3	3	3	3							
受給者番号														被保険者記号・番号				1	2	3	4	5	6	7	8							
⑦ 被保険者 氏名	(フリガナ) ニホンイチロウ						⑤ 事業所 名称 所在地																									
	日本一郎																															
④ 明・大・平 5年 12月 7日生																																
⑧ 被保険者 住所	郵便番号 370-1111 (フリガナ) タカサキン〇〇マチ																															
	(受取人情報)/(被保険者情報) 高崎市〇〇町×××						電話 027-111-2222																									
療養が被扶養者 に関するとき	⑦ 被扶養者 氏名	男・女	④ 生 年 月 日	明 治 正 和 平	年	月	日生	⑦ 被 保 険 者 と の 続 柄	本人																							
⑨ 疾病の原因 及びその経過	不詳						⑩ 業務上・外、第三者行為の有無																									
⑪ 初療年月日	⑫ 施 術 期 間						⑬ 実日数	入院入院外の別	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他																							
平成 18年 8月 1日	自・平成25年 6月 1日～至・平成25年 6月30日						7 日	⑭ 入院外 上:入院	発病又は負傷年月日																							
施 術 内 容 欄	傷病名又は症状						腰痛症						不詳 年 月 日																			
	マッサージ						270 円× 3 局所× 7 回= 5,670 円						請 求 区 分																			
	変形徒手矯正術						円× 肢× 回= 円						新規・ <u>継続</u>																			
	温 電 法						円× 局所× 回= 円						転 帰																			
	温電法・電気光線器具						円× 回= 円						継続・治癒・中止・転医																			
	往 療 料 2kmまで						円× 回= 円						摘 要																			
	往療詳細別紙						円× 回= 15,800 円						歩行困難の為																			
	合 計						21,470 円																									
	一部負担金 (1割・2割・3割)						2,147 円																									
	請 求 額						2,147 円																									
施術日 通院○ 往療○	6月	1	②	3	4	5	⑥	7	8	⑨	10	11	12	⑬	14	15	16	17	⑯	19	20	21	22	23	⑳	25	26	27	28	㉑	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 25年 6月 30日						あん摩マッサージ指圧師 住所 高崎市〇〇町×××																										
免許登録番号 12345						氏名 高崎 花子						☎ 電話 027-XXX-XXXX																				
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																					
田中一郎		高崎市△△△町×××				平成 25年 4月 20日	腰痛症				4月20日～ 7月31日																					
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 25年 6月 30日						全国健康保険協会支部 健康保険組合 共 済 組 合 〇 市 町 村 国民健康保険組合 後期高齢者広域連合 長殿						世帯主 住所 高崎市〇〇町×××																				
高崎市						組合員 被保険者 〇 受 給 者 氏名 日本 一郎						☎																				
支払機関欄	① 支払区分	預金の種類		金融機関名		① 銀行 金庫 農協		〇△支店		本店 支店 出張所																						
	① 振込	① 普通 2.当座		〇△銀行																												
	金融機関コード	7777		口座番号		1		2	3	4	5	6	7																			
口座名義人	〇〇師会口座		(口座名義人フリガナ)		〇〇シカイコウザ																											
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 日提出																									
	平成 25年 6月 30日						世帯主 住所 高崎市〇〇町×××						受付日付印																			
〇 被保険者 氏名 日本 一郎						☎																										
代理人 住所 〇〇市△△△町×××						氏名 〇△師会						☎																				

[記入上の注意] 1.往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2.同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の掲示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。

〇〇県 後期高齢者

往療料金内訳表

平成 25 年 6 月分

氏名: 日本一郎

合計金額: 15,800 円

(基本回数/金額: 7 回 12,600 円 加算回数/金額: 3 回 3,200 円)

日	基本料金(2Kまで)	加算距離/金額	按分	先順位患家住所/患家名等
2	1,800		0 なし(1人)	高崎市〇〇町1-1-1(氏名等:〇〇治療院)
6	1,800	2K超4Kまで	800 なし(1人)	高崎市△△町2-2-2(氏名等:山田花子)
9	1,800		0 なし(1人)	高崎市〇〇町1-1-1(氏名等:〇〇治療院)
13	1,800	4K超6Kまで	1,600 なし(1人)	高崎市△△町3-3-3(氏名等:田中太郎)
18	1,800		0 なし(1人)	高崎市〇〇町1-1-1(氏名等:〇〇治療院)
24	1,800	2K超4Kまで	800 なし(1人)	高崎市△△町2-2-2(氏名等:山田花子)
29	1,800		0 なし(1人)	高崎市〇〇町1-1-1(氏名等:〇〇治療院)

領収書

平成 25年 7月 日

日本一郎 様

領収金額 ¥2,147円

内訳

保険施術合計金額	負担割合	一部負担金
¥21,470	1割	¥2,147

施術日数 7 日

施術日 (通院○ 往療◎)

6 月 1 ② 3 4 5 ⑥ 7 8 ⑨ 10 11 12 ⑬ 14 15 16 17 ⑮ 19 20 21 22 23 ⑳ 25 26 27 28 ㉑ 30 31

平成 25年 6 月分 マッサージ療養費一部負担金として
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

領収印

○△治療院

あん摩マッサージ指圧師 氏名 高崎 花子

住所 高崎市〇〇町×××

電話 027-XXX-XXXX

※領収書は課税控除証明書となりますので、大切に保管して下さい。

療養費支給申請書総括表

(保険者番号 33333333)

〇〇市

長殿

年 月 日提出

別紙療養費支給申請書相添え下記の通り提出いたします。

請求者氏名 高崎 花子
住 所 高崎市石原町1234
〇△治療院
電話番号 027-111-2222

平成 25 年 6 月分

氏 名	施術に要した 費用の額	一部負担と なる額	合 計 (A-B)	備 考	年月	施術区分	
						はり灸	マ
群馬太郎	(A) 円 6,300	(B) 円 1,890	円 4,410		月 25 6	⊕	マ
東京太郎	19,750	5,925	13,825		25 6	は	⊖
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ
						は	マ

合 計	2 件	18,235 円
-----	-----	----------