

後期高齢者医療療養費支給申請書

(年 月分) (柔道整復用)

保険者番号		公費負担者番号																	
被保険者番号		公費受給者番号																	
療養を受けた者の氏名		男・女		個人番号		生年月日		年 月 日		給付割合		7割・9割							
		〒										電話							
療養を受けた者の住所		業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による																	
施 術 の 内 容	負傷の原因																		
	負傷名		負傷年月日		初検年月日		施術開始		施術終了		実日数		転 帰						
	(1)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				治癒・中止・転医						
	(2)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				治癒・中止・転医						
	(3)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				治癒・中止・転医						
(4)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				治癒・中止・転医							
(5)		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				治癒・中止・転医							
経 過										請求区分		新規・継続							
施術日		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																	
初検料 円		初検時相談支援料 円		再検料 円		往療料 km 回 円		金属副子等加算 (大・中・小) 円		計 円									
加算(休日・深夜・時間外) 円						加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円		施術情報提供料 円		計 円									
整復料・固定料・施療料		(1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計 円							
部位		通減 %		通減開始 月 日		後療料 円 回 円		冷電法料 円 回 円		温電法料 円 回 円		電療料 円 回 円		計 円		多部位 計 円		長期 計 円	
1		100		—										—		—			
2		100		—										—		—			
3		60		—										0.6					
4		100												—		—			
4		60												0.6					
4		100												—		—			
支 払 機 関 欄		摘要						合 計						円					
								一部負担金						円					
								請求金額						円					
								※(保険者使用欄)						円					
預金の種類 1 普通 2 当座		金融機関		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		登録記号番号											
金融機関コード				支店コード															
口座番号																			
口座名義(カナ)																			
施 術 証 明 欄		上記のとおり施術したことを証明します。 年 月 日 所在地〒 施術所 名称 電話 柔道 フリガナ 整復師氏名				受取代理人への委任の欄		上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。 年 月 日 奈良県後期高齢者医療広域連合長 様 住所 被保険者氏名 氏名 この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入することができない場合には、代理記入の上、 ぼ印を受けてください。											