様式第31号(第22条関係)

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)

給付割合	
9割	7割

保険者番号		療養を受けた者の氏名	(フリガナ)
被保険者番号			男・女
個人番号			
公費負担者番号			
公費受給者番号			年　月　日
発症又は負傷の原因及びその経過			
業務上・外、第三者の行為の有無			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			
年　月　日	自・　年　月　日～至・　年　月　日			
傷病名又は症状		実日数	日	
		発症又は負傷年月日		
マッサージ	躯幹　円×　回＝　円	年　月　日		
	右上肢　円×　回＝　円	請求区分		
	左上肢　円×　回＝　円	新規・継続		
	右下肢　円×　回＝　円	転帰		
	左下肢　円×　回＝　円	継続・治癒・中止・転医		
変形徒手矯正術	円　肢×　回＝　円	適要		
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			
加算	円×　回＝　円			
(　km)				
合計	円			
一部負担金(1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		

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			

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
年　月　日	住所〒	
免許登録番号：　　あん摩マッサージ指圧師	氏名	電話

申請者	
上記金額の支給を申請します。	
年　月　日	〒
	申請者(被保険者)　住所
奈良県後期高齢者医療広域連合長　様	氏名　　電話

支払金融機関欄			
預金の種類	1　普通　2　当座	金融機関名	銀行　金庫　農協　本店　支店　出張所
金融機関コード	支店コード		
口座番号	口座名義(カナ)		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　年　月　日

申請者　住所
(被保険者)氏名

住所
代理人　氏名

※この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。

※ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。