

被保険者番号												保険者番号		3	9	4	5								
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)										性別	続柄		発病又は負傷年月日		年		月		日					
													発病又は負傷の原因及びその経過		第三者行為の有無										
生年月日	明	大	昭				年			月			日			はい・いいえ									
初療年月日			施術期間										実日数		請求区分										
平成		年		月		日	平成		年		月		日	～	平成		年		月		日		日	新規・継続	
傷病名又は症状														転帰		治癒・中止									
施術内容欄	マッサージ		軀幹	円×		回＝				円		【摘要】													
			右上肢	円×		回＝				円															
			左上肢	円×		回＝				円															
			右下肢	円×		回＝				円															
			左下肢	円×		回＝				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														
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月 施術分)		円×		回＝						円														
	往療料		別紙「往療内訳書」のとおり										円												
合計										円				介護認定なし											
一部負担金										円		割		円		要支援									
請求額										円				円		要介護									
施術日	月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16							
通院○ 往療◎			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。																								
	平成		年		月		日		住所																
	あん摩マッサージ指圧師										名称														
	施術者番号										氏名		◎												
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、その金額の受領を代理人に委任します。																								
	平成		年		月		日		住所																
	被保険者 (申請者)										氏名		◎												
	宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様										電話														
支払機関欄	預金種別		金融機関名																						
	口座番号		口座名義人																						
受取代理人欄	代理人の氏名と印										◎		備考欄												
	代理人の住所																								
同意記録	同意医師		住所					氏名																	
	同意年月日		平成		年		月		日	傷病名															
要加療期間 (指示のあった場合)		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日																							

※電算

※の部分には何も記入しないでください。