様式第31号（第19条関係）

後期高齢者医療療養費支給申請書　（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公費負担者番号								
公費受給者番号								
区市町村番号								
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 三外　0 高外7 6 家外	給付割合
		種類	04 マ	7　9

保険者番号

※氏名記載の場合は個人番号は省略できます。

被保険者欄			
○被保険者証等の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名	
	年　月　日		
※個人番号（12ｹﾀ）		○発症又は負傷の原因及びその経過	
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) 男・女 年　月　日生	続柄	
		○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	

施術内容欄					
初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
年　月　日	自・　年　月　日～至・　年　月　日			日	新規・継続
傷病名又は症状					転帰 継続・治癒・中止・転医
マッサージ	躯幹	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	
温罨法（加算）		円×	回＝	円	
温罨法・電気光線器具（加算）		円×	回＝	円	
変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	右上肢	円×	回＝	円	
	左上肢	円×	回＝	円	
	右下肢	円×	回＝	円	
	左下肢	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				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

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　　施術所　所在地

登録記号番号（又は申し出た施術者登録番号）　名称

施術管理者　氏名　㊞　電話

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

年　月　日　　〒　－

申請者　住所

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　様　（被保険者）　電話

氏名　㊞

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名	
1. 振込　2. 銀行送金 3. ゆうちょ銀行送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段		銀行　本店 金庫　支店 農協　出張所
口座名義 カタカナで記入	口座番号		郵便局

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		

委任欄

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　　代理人　住所

（被保険者）　氏名　㊞　　氏名　㊞

※ 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）場合に記入してください。

※ 施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規定（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。