

制度区分	子	障	親
------	---	---	---

福岡市医療費支給申請書

(あんま・マッサージ用)

9 (令和 年 月 日 月施術分)

施術所機関コード

福岡市長

保険区分	<input checked="" type="checkbox"/> 2 国保 <input type="checkbox"/> 7 退職者医療(本人) <input type="checkbox"/> 8 退職者医療(家族) <input type="checkbox"/> 4 社保(家族) <input type="checkbox"/> 6 社保(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 6						←記入しないでください。						
対象者氏名						保険者番号							
	1.男	2.女	2.大	3.昭	4.平	5.令	年生	記号・番号					
傷病名						施術期間	令和 年 月 日から						
施術日数			施術開始年月日	1.平成 年 月 日 2.令和 年 月 日			令和 年 月 日まで						
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												
転帰	継続・治癒・中止・転医					請求区分	新規・継続						
施術費内訳	施術の種類	回数		一回の料金	料金		左記のとおり施術を行い、円を領収し、別紙のとおり保険給付を受けたことを証明します。 令和 年 月 日 施術所名 施術師名 住所 氏名						
	マッサージ	局所	回	円	円								
	変形徒手矯正術	肢	回	円	円								
	温あん法		回	円	円								
	電気光線器具		回	円	円								
	往療料	4kmまで		回	円	円	左記金額の支給を申請し、その受領及び返還に関する ことを 委任します。 令和 年 月 日 対象者住所 氏名						
		4km超		回	円	円							
		往療料合計						円					
	施術報告書交付料						円						
	総医療費						円						
自己負担割合		3割・2割・1割											
助成対象者負担額						円							
保険給付額						円	負担者番号	4050					
請求額						円	受給者番号						

※「保険区分」欄は該当する番号に、「自己負担割合」欄は該当するものに○をつけてください。