

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 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                  | 2 国保        | 7 退職者医療 (本人) | 8 退職者医療 (家族) | 4 社保 (家族) | 6 社保 (本人)                                 | 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           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 傷病名                   |             |              |              |           | 記号・番号                                     |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術日数                  |             |              |              |           |   |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |             |              |              |           |   |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術開始年月日               |             |              |              |           |   |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 1.平成                  |             |              |              |           |   |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 2.令和                  |             |              |              |           |   |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術期間                  |             |              |              |           | 令和 年 月 日から                                |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |             |              |              |           | 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<br>術<br>費<br>内<br>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。 |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | マッサージ       | 局所 回         | 円            | 円         | 令和 年 月 日                                  |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 変形徒手矯正術     | 肢 回          | 円            | 円         | 施術所名                                      |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |             |              |              |           | 施術師名                                      |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 温あん法        | 回            | 円            | 円         | 住所  |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 電気光線器具      | 回            | 円            | 円         | 氏名  |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 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                  |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |             | 4km超 回       | 円            | 円         | ことを に委任します。                               |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 往療料合計       |              |              |           | 令和 年 月 日                                  |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |             |              |              |           | 対象者住所                                     |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |             |              |              | 氏名        |   |       |              |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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。