

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										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職	4 六外 0 高外7	8	9	10
区市町村番号										種類	04 マ				
受給者番号										保険者番号					

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							
	(フリガナ)				続柄				○発病又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				男・女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生								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			
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 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						
			変形徒手矯正術	円×	肢×	回=						
			温 罨 法	円×	回=	円						
			温罨法・電光線器具	円×	回=	円						
			往療料 4 kmまで	円×	回=	円						
		往療料 4 km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・2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			
	平成 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				印 電話			
				施術管理者 氏 名								

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。														
	平成 年 月 日														
				申請者 住所				氏 名				印 電話			
				殿 (被保険者)											

支払機関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店		
	1. 振 込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			金庫		支店		
		3. 郵便局送金	4. 当地払	3. 通知	4. 別段			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			
									平成 年 月 日											

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。平成 年 月 日															
申請者 住所								代理人 住所							
(被保険者) 氏 名								印 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。