

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名																								
							年 月 日																											
	(フリガナ)						続 柄			○発症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・令 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																					
	() 年 月 日			自・令和 年 月 日～至・令和 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			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																					
	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 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																									
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																								
	令和 年 月 日						住 所																											
申 請 欄	免許登録番号						あん摩マッサージ指圧師						氏 名						電 話															
	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。						申請者 住 所						氏 名						電 話															
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																					
							令和 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。 令和 年 月 日

申請者 住所

(被保険者) 氏名

住所

代理人 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。