

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																									
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)					続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過																								
		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																					
	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×					円																							
	温罨法・電気光線器具(加算)			円×					円																							
	変形徒手矯正術(加算)			右上肢	円×	回=			円																							
	※温罨法との併施は不可			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×					円																								
往療料 4km超			円×					円																								
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円×					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。 令和 年 月 日										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																			
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 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。 令和 年 月 日															〒 一																
	申請者 住 所 殿 (被保険者)										氏名 電 話																					
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払				預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段				金融機関名 銀行 金庫 農協				本店 支店 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  
代理人 住 所  
代理人 氏名

※ 納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。