

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 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									日			転 帰																				
													継続・治癒・中止・転医																				
	マ ッ サ ー ジ			軀 幹 円× 回＝ 円 右上肢 円× 回＝ 円 左上肢 円× 回＝ 円 右下肢 円× 回＝ 円 左下肢 円× 回＝ 円						摘 要																							
	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。 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						住 所 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						申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 電 話																										
	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 本店 金庫 支店 農協 出張所																				
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。