

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

										施術所コード																																																											
保険者番号										保険種別										国・退										本家区分										2本人・4六歳・6家族 8高一・0高7										給付割合										割									
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																																																
	記号					番号					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					明・大・昭・平 年 月 日生										○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																																						
	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 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																																						
	変形徒手矯正術										円× 肢× 回＝ 円																																																										
	温 罨 法										円× 回＝ 円																																																										
	温罨法・電気光線器具										円× 回＝ 円																																																										
	往療料 2kmまで 加算 (km)										円× 回＝ 円 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																																																
	平成 年 月 日										住所										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。										平成 年 月 日										申請者 住所																																																
	殿 (被保険者)										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 金庫 支店 農協 出張所																																						
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段																																																										
口座名義										口座番号																				郵便局																																							
カタカナで記入																																																																					
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									
(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。