

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					本地区分					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					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																								
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									
マッサーヂ										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														
変形徒手矯正術										円×					肢×					回＝					円														
温電法										円×										回＝					円														
温電法・電気光線器具										円×										回＝					円														
往療料 4kmまで										円×										回＝					円														
往療料 4km超										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																								
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 免許登録番号										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																								
あん摩マッサージ指圧師 住所										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。 平成 年 月 日										千 一					申請者 住所										☎ 電話														
殿 (被保険者)										氏名																													
支払区分										預金の種類					金融機関名										本店														
1. 振込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座					銀行										支店														
3. 郵便局送金 4. 当地払										3. 通知 4. 別段					金庫										出張所														
口座名義										口座番号															農協														
カタカナで記入																									郵便局														
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。