

療養費支給申請書（平成 年 月分）

（あん摩・マッサージ用）

施術所コード		保険種別	1 社国 2 公費	3 後高 4 退職	本家区分	2 本人・4 六歳・6 家族 8 高一・0 高7	給付割合	7 8 9																								
公費負担者番号		保険者番号																														
公費受給者番号		被保険者記号・番号	記号	番号																												
被保険者氏名 (世帯主・組合員)	(フリガナ)		男 女	被保険者住所		(フリガナ)		郵便番号																								
	明・大・昭・平 年 月 日生			電話																												
療養が被扶養者 に関するとき	被扶養者 氏名	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	被保険者 との続柄																										
発病の原因及びその経過						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			施術日数	発病又は負傷年月日																										
平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日			日																											
施 術 内 容 欄	傷病名又は症状				請求区分																											
	マッサージ		円×	局所×	回＝	円	新規・継続 転帰																									
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回＝	円	継続・治癒・中止・転医																									
	温 罨 法		円×	局所×	回＝	円	摘 要																									
	温罨法・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																										
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)					円																										
	合 計					円																										
	一部負担金 (1割・2割・3割)					円																										
請 求 額					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	あん摩マッサージ指圧師 住 所																														
	免許登録番号	氏 名		ⓐ	電話																											
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																													
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	世帯主住所 組 合 員 市 町 村 国民健康保険組合 長殿		被保険者 受 給 者 氏 名	ⓐ																											
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	1. 普通 2. 当座			金庫 農協	支店 出張所																										
	金融機関コード		支店コード		口座番号																											
	口座名義人			(口座名義人フリガナ)																												
委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。																															
	平成 年 月 日	世帯主住所 組 合 員 被 保 險 者 保 險 受 給 者 氏 名		ⓐ																												
	代 理 人 住 所		氏 名	ⓐ																												

〔記入上の注意〕 ・往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。