

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																													
被保険者番号										保険種別					国・退					本家区分					2本人・4六歳・6家族 8高1・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																												
	(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																												
明・大・昭・平 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																		
	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										軀 幹 円× 回= 円										摘 要																		
	マ ッ サ ー ジ										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 罎 法										円× 回= 円																												
	温 罎 法 ・ 電 気 光 線 器 具										円× 回= 円																												
	往 療 料 4k m 以 下										円× 回= 円																												
	往 療 料 4k m 以 上										円× 回= 円																												
施 術 報 告 書 交 付 料 (前 回 支 給 : 年 月 分)										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																							
	平 成 年 月 日 免 許 登 録 番 号										あん摩マッサージ指圧師 住 所 氏 名 ④ 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 千 一 申 請 者 住 所 殿 (被保険者) 氏 名 ④ 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																												
支 払 機 関 欄	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 ④
住所
代理人 氏名 ④

※ 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。