**療養費支給申請書**（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 特記事項 |  |  | 1社国 | | 3後高 | | 2本外  4六外  6家外 | | 8高外一 | | |  | 給付割合 | | |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2公費 | | 4退職 | | 0高外7 | | |  | 8 | 9 | 10 |
| 区市町村番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | | 04マ | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 保 険 者 番 号 | | | | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人　　住所  （被保険者）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 療養を  受けた者  の氏名 | | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | | | | | | | 続　柄 | | | ○発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 男・女 |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭・平・令　　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 | | | |
| （　　）　　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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 転帰 | | | |
| 継続・治癒・中止・転医 | | | |
| マッサージ | | | | | | | 躯　幹  右上肢  左上肢  右下肢  左下肢 | | 円×  円×  円×  円×  円× | | |  | | | | |  | | | 回＝  回＝  回＝  回＝  回＝ | | | |  | | | | | 円  円  円  円  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  左上肢  右下肢  左下肢 | | 円×  円×  円×  円× | | |  | | | | |  | | | 回＝  回＝  回＝  回＝ | | | |  | | | | | 円  円  円  円 | |
| 往療料　　４㎞まで | | | | | | |  | | 円× | | |  | | | | | | | | 回＝ | | | |  | | | | | 円 | |
| 往療料　　４㎞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 | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　施術所  　登録記号番号（申し出た施術者登録番号）  施術管理者 | | | | | | | | | | | | | | | | 所在地  名　称  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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | 申請者  （被保険者） | | | | | 〒　　 －  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払機関欄 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義  カタカナで記入 | | | |  | | | | | | | | | 口座番号 | | | | | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | 郵便局 | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |