**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 |  |  |