

## 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 2 公費	3 後高 4 退職	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7	給付割合							
公費受給者番号																8	9	10					
区市町村番号											種類	04マ											
受給者番号										保険者番号													

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	(フリガナ)				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	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						
	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		円×		回=	円						
		右 上 肢	円×		回=	円						
	左 上 肢	円×		回=	円							
	右 下 肢	円×		回=	円							
	左 下 肢	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×		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 所在地 登録記号番号 (申し出た施術者登録番号)				名 称 氏 名		電 話			
	_____ 施術管理者				氏 名		㊟			

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 申請者 住 所 氏 名 (被保険者) 氏 名 氏 名 ㊟ 電話									

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	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			支店	
	3. 郵便局送金	4. 当地払	3. 通知	4. 別段			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					

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 (被保険者) 氏名			代理人 住所 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。

※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。