

## 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	8 高外一	給付割合		
公費受給者番号												2 公費	4 退職	4 六外	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								

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							
	(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・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	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 4 km まで	円×		回=	円																												
往 療 料 4 km 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)				施 術 管 理 者 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 申請者 (被保険者) 住 所 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。