

## 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9	給付割合		
公費受給者番号												2 公費	4 退職	4 三外	0 高外8	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 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								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				
	変 形 徒 手 矯 正 術			円×	肢×	回=	円				
	温 罨 法			円×		回=	円				
	温罨法・電気光線器具			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	
	平成 年 月 日			施 術 所		所在地	
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)			名 称		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。			〒		-	
	平成 年 月 日			申 請 者		住 所	
	殿			(被保険者)		氏 名	

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			金庫 支店	
	3. 郵便局送金	4. 当地払	3. 通知	4. 別段			農協 出張所	
□ 座 名 義 カタカナで記入		□ 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	
					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 代理人 住所  
(被保険者) 氏名 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日発第0612第2号通知)に従い行われるものです。