

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

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 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 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													
費 用 額 計									円														
一 部 負 担 金									円														
申 請 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						住 所			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。						〒																
	平成 年 月 日						申請者 住 所 (被保険者) 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						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													
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										
							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
(被保険者) 氏名 ㊦住所
代理人 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。