

## 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	○保険者番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名			
	○被保険者番号				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					
				円×	肢×	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 免許登録番号				住 所		氏 名 ④ 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		氏 名 ④ 電 話					
支 払 機 関 欄	支 払 区 分		預 金 の 種 類				金 融 機 関 名					
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店							
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店 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												
(被保険者) 氏名				④								
代理人 住 所												
代理人 氏名				④								

※ 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。