

別添1 (様式第6号の2)

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 4 六外 8 高外一	給付割合 8 9 10
公費受給者番号									2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7		
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	躯 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			
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	印 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	住所	
	殿	(被保険者)	氏 名	印 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 3. 郵便局送金	1. 普通 3. 通知	2. 当座 4. 別段	金庫 支店 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		代理人 住所			
(被保険者) 氏名		印		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。