

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			
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・ 年 月 日～至・ 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		
				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		摘 要			
	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						
一部負担金額 (1・2・3割)							円						
請 求 金 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				
	年 月 日						住 所						
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。						年 月 日		〒 -				
	殿						申請者 住 所 (被保険者)		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				
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		
							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。 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ④

代理人 住所
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。