

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・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	
	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				摘 要			
	温 罨 法 ( 加 算 )		円× 回= 円							
	温罨法・電気光線器具 ( 加 算 )		円× 回= 円							
	変 形 徒 手 矯 正 術 ( 加 算 )		右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 円× 回= 円							
	※温罨法との併施は不可									
	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			
	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					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。					〒				
	令和 年 月 日					申請者 住 所		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	
					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  
(被保険者) 氏名 ㊦

代理人 住所  
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。