

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	給付割合		
公費受給者番号											4 六外 8 高外-1	4 六外 8 高外-1	8	9	10
区市町村番号											2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7			
受給者番号											種類 04 マ				
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			
	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					
	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) ※温罨法との併施は不可		右上肢	円×		回=	円					
			左上肢	円×		回=	円					
			右下肢	円×		回=	円					
			左下肢	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 (1割・2割・3割)						円						
請 求 額						円						

施術日	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)					名称					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		1. 普通 2. 当座				金庫		支店		
	2. 銀行送金		3. 通知 4. 別段				農協		出張所		
3. 郵便局送		4. 当地払									
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。