

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 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			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																					
	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																						
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 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。																																	
	令和 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			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																					
□ 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																					
							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 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。

※ 添付 領収書本紙(レシート不可)・医師の同意書(初回 本紙、翌月以降コピー 変形徒手矯正術は毎回、本紙のみ)