

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

施術師コード										9	給付割合	
											7	9
公費負担者番号												
公費受給者番号										保険者番号 3 9 2 6		

被保険者欄	○被保険者番号					○発病又は負傷年月日					○傷病名				
	0					年 月 日									
	(フリガナ)					性 別					○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 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		円×		回＝		円	
	変 形 徒 手 矯 正 術		円×		回＝		円	
	温 罨 法		円×		回＝		円	
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×		回＝		円	
	往療料4kmまで (総距離: . km)		円×		回＝		円	
	往療料4km超 (総距離: . km)		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 ・ 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	
	年 月 日		施術所 所在地		電話	
	登録記号番号		施術者 氏 名		◎	

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。		千 一		
	年 月 日		被保険者 住 所		
		殿		◎ 電話	
		氏 名		◎	

支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
	振 込	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		金庫 農協	支店 出張所
口座名義 カタカナで記入		口座番号			

同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意 (再同意) 年月日	傷 病 名	要加療期間
			年 月 日		

本申請書に基づく療養費に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 ◎ 氏名

※ 療養費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。