

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					昭・平・令 年 月 日生			○業務上・外、第三者行為の有無																							
									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																							
	令和 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	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																									
	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		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 (被保険者)		電 話																								
公金受取口座					<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合下記金融機関名を記入)																											
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		農協 出張所																									
3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段																														
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

住所

代理人 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。(施術者に委任することはできません)

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし、当該患者から押印を受けてください。