

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 2 公費	3 後高 4 退職	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外8	給付割合	8	9	10
公費受給者番号																	
区市町村番号									種類	04 マ							
受給者番号								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 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						
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 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 電 法			円×			回＝	円									
	温電法・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										
一部負担金 (1 割・2 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										
	平成 年 月 日 施術所 所在地 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名 称 電話 施術管理者 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。				〒		—										
	平成 年 月 日 申請者 住 所 殿 (被保険者) 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								
					平成 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。 平成 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 ㊟ 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。