

# 療養費支給申請書 ( 年 月分)

あんま・マッサージ用

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

令和 年 月 日提出

被保険者記入欄	被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者(申請者)氏名と印	自署の場合は押印省略可																											
	個人番号																															
	社員番号																															
	被保険者(請求者)住所	〒 -			電話	( )																										
	療養を受けた者の氏名	フリガナ	男・女	続柄	生年月日	昭和	平成	年	月	日																						
	発病又は負傷年月日	平成	年	月	日	傷病名																										
	発症又は負傷の原因及びその経過					業務上・外、第三者行為の有無																										
					1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他																											
支払金融機関	金融機関名		預金の種類	口座番号																												
	銀行		本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	口座名義(カナ) (被保険者名義)																											
施術内容欄	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分																										
	平成・令和 年 月 日	自・平成/令和 年 月 日～至・平成/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	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																											
	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 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																												
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																												
備考	免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師 氏名			☎ 電話																												
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																							
					年 月 日																											