

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												
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 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。 平成 年 月 日 免許登録番号						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												
	住所 あん摩マッサージ指圧師 氏 名								☎ 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。 平成 年 月 日										〒		—								
	申請者 住所 殿 (被保険者) 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												
					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 (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場合に記入してください。