

療養費支給申請書（〇〇年〇〇月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の記号・番号 123 - 4567		②被保険者の氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		③被保険者の生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日生		
	④被保険者の住所 〒 012 - 3456 東京都目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇				電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	⑤施術を受けた者	(フリガナ) ケンボ ハナコ		⑥続柄	⑦発病または負傷年月日		
		健保 花子		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ( )	〇〇 年 〇 月 〇 日		
		〇〇 年 〇 月 〇 日生		⑧傷病名(医師の同意を受けた傷病名) 筋麻痺			
	⑨発症または負傷の原因及びその経過 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				⑩業務上・外、第三者行為の有無(○を付けてください。) 1. 業務上 2. 第三者行為である <input checked="" type="radio"/> 3. その他		

施 術 管 理 者 記 入 欄	初療年月日	施術期間				実日数	請 求 区 分	
	〇〇年〇月〇日	自・〇〇年〇月〇日～至・〇〇年〇月〇日				〇 日	<input checked="" type="radio"/> 新規・継続	
	傷病名又は症状	筋麻痺					転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	〇〇 円×	〇 回=	〇〇 円	要 要		
		右上肢	円×	回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入		
		左上肢	円×	回=	円	施術者氏名		
		右下肢	円×	回=	円	施術日 . . . 日		
		左下肢	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入		
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円	往療日 . . . 日	
	温 罨 法		〇〇 円×	〇 回=	〇〇 円	往療を必要とした理由		
	温罨法・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				〇〇 円				
施術日 通院○ 往療◎	〇月	1 2 3 4 <input checked="" type="radio"/> 5 6 7 8 <input checked="" type="radio"/> 9 10 11 <input checked="" type="radio"/> 12 13 14 15 <input checked="" type="radio"/> 16 17 18 <input checked="" type="radio"/> 19 20 21 22 23 <input checked="" type="radio"/> 24 25 26 27 <input checked="" type="radio"/> 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			
	〇〇年 〇〇月 〇〇日			所在地	東京都江東区〇〇〇-〇〇-〇〇			
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師			施術所名	〇〇治療院		
				施術管理者名	〇〇 〇〇	電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
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			
	保険 一郎	東京都江東区〇〇-〇〇	〇〇 年 〇 月 〇 日	筋麻痺				

給付金の振込口座等（※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。）

金 融 機 関	銀行 信用金庫	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)				
	信用組合 農 協 労働金庫	<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座)	口座番号(数字7ケタ)				
	本店	店番号(3ケタ)	<input type="checkbox"/> 当座				
	支店						
	出張所						

- <添付書類> 1. 施術に要した費用の領収書(原本)  
 <該当する場合> 2. 医師の同意書(原本) 3. 施術報告書(写し)  
 4. 往療状況確認表 5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書