

療養費支給申請書 ( 年 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		②被保険者の氏名 (フリガナ)		③被保険者の生年月日		
	-				年 月 日生		
	④被保険者の住所				電話番号		
	〒 -				( )		
	⑤施術を受けた者	(フリガナ)		⑥続柄		⑦発症または負傷年月日	
		男・女		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ( )		年 月 日	
⑨発症または負傷の原因及びその経過					⑧傷病名(医師の同意を受けた傷病名)		
					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 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				
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日				日		新規・継続				
	傷病名又は症状								転 帰				
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹 円× 回= 円 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 円× 回= 円						※施術管理者以外が施術した場合に記入				
	変形徒手矯正術		円× 肢× 回= 円						施術者氏名				
	温 罨 法		円× 回= 円						施術日 . . . 日				
	温罨法・電気光線器具		円× 回= 円						※往療を必要とした場合に記入				
	往療料 4kmまで		円× 回= 円						往療日 . . . 日				
	往療料 4km超		円× 回= 円						往療を必要とした理由				
	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								
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		年 月 日		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				
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		所在地		所在地						
					施術所名		施術管理者名		電話				
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									

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		□ 普通						
	労働金庫		□ 当座		口座番号(数字7ケタ)				
本店		店番号(3ケタ)							
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