

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発病または負傷年月日	
		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	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 . . . 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由 _____				
			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 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									
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 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師		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						
		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		信用組合 農 協		労働金庫		預金種目		口座名義(カタカナで記入してください)					
	本店		支店		出張所		□ 普通 (総合口座)		口座番号(数字7ケタ)					
	店番号(3ケタ)						□ 当座							

- < 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