

記入見本

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 健保 花子		⑥続柄 1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ( ) 男 女		⑦発病または負傷年月日 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 〇〇年 〇月 〇日		施術期間 自・〇〇年 〇月 〇日～至・〇〇年 〇月 〇日		実日数 〇 日	
	傷病名又は症状 筋麻痺				請求区分 新規・継続 転 継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ		軀幹 〇〇 円× 〇 回= 〇〇 円 右上肢 〇〇 円× 〇 回= 〇〇 円 左上肢 〇〇 円× 〇 回= 〇〇 円 右下肢 〇〇 円× 〇 回= 〇〇 円 左下肢 〇〇 円× 〇 回= 〇〇 円		摘 要 ※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 _____ 施術日 ____ 月 ____ 日	
	温電法		〇〇 円× 〇 回= 〇〇 円		※往療を必要とした場合に記入	
	温電法・電気光線器具		円× 回= 円		往療日 ____ 月 ____ 日	
	往療料 4kmまで		円× 回= 円		往療を必要とした理由 _____ _____	
	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 ⑤ 6 7 8 ⑨ 10 11 ⑫ 13 14 15 ⑯ 17 18 ⑰ 19 20 21 22 23 ⑳ 24 25 26 27 ㉘ 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。 〇〇年 〇月 〇日		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		所在地 東京都江東区〇〇〇-〇〇-〇〇		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		
同意医師の氏名		住所		同意年月日		
保険 一郎		東京都江東区〇〇-〇〇		〇〇 年 〇 月 〇 日		
				傷病名 筋麻痺		
				要加療期間		

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		□ 普通 (総合口座)		口座番号(数字7ケタ)				
	支店 出張所		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