

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			
					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。					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			
	平成 年 月 日 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏 名					住 所		☎ 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		☎ 電 話			
支 払 機 関 欄	支 払 区 分		預 金 の 種 類			金 融 機 関 名		銀 行 本 店			
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金		1. 普 通 2. 当 座					金 庫 支 店			
	3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払		3. 通 知 4. 別 段					農 協 出 張 所			
□ 座 名 義 カタカナで記入		□ 座 番 号					郵 便 局				
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					
<p>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</p> <p>申請者 住所 (被保険者) 氏名 _____ ☎ _____</p> <p>代理人 住所 氏名 _____ ☎ _____</p>											

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。