

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																								
昭・平・令 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																								
	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																								
										継続・治癒・中止・転医																								
	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																								
	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 2kmまで			円×			回＝			円																									
加 算 (km)			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。											年 月 日	住 所	あん摩マッサージ指圧師	氏 名	☎ 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。											年 月 日	住 所	申請者	(被保険者)	氏 名	☎																	
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																						
口座名義 カタカナで記入			口 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																					
							年 月 日																											
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。 年 月 日																																		
申請者 住所																																		
(被保険者) 氏名 ☎																																		
住所																																		
代理人 氏名 ☎																																		

※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。