

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	○記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	-		年 月 日			
	(フリガナ)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	
昭・平・令 年 月 日 生				○業務上・外、第三者行為の有無		
				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 令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 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	摘 要 ※施術管理者以外に施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日									
	変 形 徒 手 矯 正 術	円× 肢×	回=	円								
	温 罨 法	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入							
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円	往療日 . . . 日							
	往療料 4 km まで	円×	回=	円	往療を必要とした理由							
	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
	令和 年 月 日	所在地	
	免許登録番号	施術所名	
	_____ あん摩マッサージ指圧師	施術管理者名	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。			
	令和 年 月 日	〒 -	被保険者 住 所	
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名
			令和 年 月 日	
				要加療期間

在籍者の方は会社からの報酬支払時に上乗せ支給となりますので記入不要です

振 込 希 望 口 座	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 本店
	1. 振込	1. 普通 2. 当座		金庫 支店
				農協 出張所
	口座名義 カタカナで記入	口座番号		郵便局

<申請時の注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

受 付 日 付 印