

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					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																							
	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		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																							
	令和 年 月 日					住 所			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。					〒			—																							
	令和 年 月 日					申請者 住 所			氏 名 電 話																							
支 払 機 関 欄	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)																															
	<input checked="" type="checkbox"/> 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																															
	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																					
						令和 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。 令和 年 月 日																																
申請者 住 所																																
(被保険者) 氏名																																
代理人 住 所																																
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。