

療養費支給申請書（ 年 月分） あんま・マッサージ用

被保険者記入欄	被保険者証等の記号番号	記 号	番 号	被保険者(申請者)氏名											
	社員番号			所属会社名及び部署名											
	被保険者(請求者)住所	〒 一		日中連絡のとれる連絡先 ()											
	療養を受けた者の氏名	刃川ナ	男 ・ 女	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	発病又は負傷年月日	平成 令和	年 月 日	傷病名											
	発症又は負傷の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無										
				1. 業務上	2. 第三者行為	3. その他									
支払金融機関	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください														
	金融機関名			預金の種類	口座番号										
	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	口座名義(カナ) (被保険者名義)									
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						
	マッサージ		躯幹	円 ×	回 =	円		継続・治癒・中止・転医							
			右上肢	円 ×	回 =	円		摘要							
			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 ×	回 =	円									
	温罨法			円 ×	回 =	円									
	温罨法・電気光線器具			円 ×	回 =	円									
	往療料 4kmまで			円 ×	回 =	円									
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					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				保健所登録区分	1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者所在地							
					住所										
					免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師	氏名	電話							
備考															
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												

備考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)			
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し			

受付日付印