

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	被保険者等 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		電話 (内線)						
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日						
		男・女										
	発病又は 負傷年月日	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					
							継続・治癒・中止・転医					
	マッサー ジ	躯幹	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							
	変形徒手矯正術	円×	回=	円								
	温電法	円×	回=	円								
	温電法・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)	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. 出張専門施術所在地					
	年 月 日			住所								
備 考	免許登録番号			あん摩マッサージ指圧師 氏名		電話						
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							

備考欄
個人番号(被保険者等記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)
※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、以下の書類を添付してください。
①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点
・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点

受付日付印