

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	電話 (内線)						
	療養を受けた者の氏名	フリガナ	男・女	続柄	生年月日	年	月	日			
	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)		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(被保険者証の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