

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	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