

被保険者
 家族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ)

「注意事項」

① 同一治療がある場合は、往療を必要とする理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記載してください。
 ② ① 往療がある場合は、往療を必要とする理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記載してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			㊟
	被保険者住所		(〒 -)		(電話番号)		
	所属事業所名		<input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	療養を受けた者の氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
	傷病名		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		
	発病又は負傷の 原因及びその経過		発病又は 負傷年月日		平成 令和	年 月 日	
	施術を受けた 施術所	名称	施術者氏名				
		所在地					
	施術の期間 (支給期間:月単位)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日	施術に要した 費用の額	円
	振込希望の銀行 (被保険者名義)		銀行	支店	普通 当座	給与振込口座	ある・ない

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続		
		傷病名及び症状詳細										
		マッサージ	円 ×	局所 ×	回 =	円	摘 要					
		変形徒手矯正術	円 ×	局所 ×	回 =	円						
		温罨法	円 ×		回 =	円						
		温罨法・電気光線器具	円 ×		回 =	円						
		往療料 2kmまで		円 ×	回 =	円						
		加算(km)		円 ×	回 =	円						
		費用合計										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、その費用を領収いたしました。 令和 年 月 日 住所 施術所名称 氏名 ㊟ 免許登録番号 _____ 電話番号											

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
	前回				
	今回				

委 任 状	本請求に基づく療養費の受領を下記事業主に委任します。					令和 年 月 日
	被保険者	住所 氏名				㊟
	事業主	住所 氏名				㊟

受付日付印