

支給額	※	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
			令和 年 月 日				

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

本・家 印

※ 処理区分 償還払い 29

提出日 令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者の(申請者)氏名と生年月日	S・H 年 月 日			印
	事業所名所在地	内線 ()					
	申請者が扶養者のときはその方の	氏名	生年 月 日	S・H・R 年 月 日		続柄	
	傷病名	発病又負傷の年月日		H・R 年 月 日 (時頃)			
	発病又は負傷の原因及びその経過			医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input type="checkbox"/> 受けていない		

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	平成・令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 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	軀幹 円× 回= 円 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 円× 回= 円	摘 要	
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回= 円		
	温 罨 法	円× 回= 円		
	温罨法・電光線器具	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。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	令和 年 月 日	施術所 所在地		
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)		名称	印 電話

施術管理者 氏名

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
			令和 年 月 日		

(注)初回、及び6ヶ月(変形徒手矯正術は1ヶ月)を超えて引き続き施術を受ける場合は、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受けて、療養費支給申請書に添付してください。
 (注)被保険者は全て給与組込みですので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。
 また、任意継続者も、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

す振る込 関金を 融希 機望	金融機関名	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	店名	店番号	口座番号	
	口座名義	漢字	カタカナ	

(注)全て給与組込みですので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。(任意継続者を除く)

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			※ 受付印
	本人	住所 氏名	印	
	代理人	住所 氏名	印	

備考	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。
	個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/>)