

別添1 (様式第6号の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国	3 後高	2 本外	8 高外一	給付割合		
公費受給者番号											2 公費	4 退職	4 三外	0 高外7	8	9	10
区市町村番号										種類	04 マ						
受給者番号										保険者番号							

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号					○発病又は負傷年月日					○傷病名																					
						年 月 日																										
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)				続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過																									
		男・女					○業務上・外、第三者行為の有無																									
明・大・昭・平 年 月 日生					1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																											
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・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		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																									
	温 罨 法 (加 算)			円×		回=	円																									
	温罨法・電気光線器具 (加 算)			円×		回=	円																									
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		右上肢	円×		回=	円																									
			左上肢	円×		回=	円																									
		右下肢	円×		回=	円																										
		左下肢	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																										
一部負担金 (1割・2割・3割)						円																										
請 求 額						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					所在地					名 称																					
登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)					施術管理者 氏 名					印 電話																						
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。					〒					—																					
	令和 年 月 日 申請者 住所					申請者 住所					氏名 印 電話																					
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店		支店		出張所																			
	1. 振 込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			金庫				農協																					
□ 座 名 義 カタカナで記入		□ 座 番 号										郵便局																				
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																											

本申請書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

申請者 住所

代理人 住所

(被保険者) 氏名

印

氏名

- ※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。