

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 4 三外 8 高外9	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職	6 家外 0 高外8	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
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 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×	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			
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
	平成 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)	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。		〒	—
	平成 年 月 日	申請者 (被保険者)	住所	氏名 印 電話
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 殿				

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 本店
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		支店 出張所
	口座名義 カタカナで記入	口座番号		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
			平成 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。平成 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。