

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ償還払用)

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------------|-------|--|--|--|--|--|
| 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 | ○発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | |
| | | 昭・平・令 年 月 日生 | 男・女 | ○業務上・外、第三者行為の有無 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 | | | | | | |
| | 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 | 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 月分) | | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 円 | | | | | | | | |
| 一部負担金 (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 | 所在地 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 氏 名 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 | | | | | |
| | 1. 振 込 2. 銀行送金 | 1. 普通 2. 当座 | 金融機関名 | | 金庫 支店 | | 出張所 | | | | | |
| | 3. 郵便局送金 4. 当地払 | 3. 通知 4. 別段 | | | 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 | | | | | | | | |

※1 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 氏名

※ 社員の方は給付金を会社経由給料払い、特例退職保険・任意継続保険ご加入の方は健保登録口座へお支払致します。
 ※1 社員の方は給付金を会社経由でお支払いするため、受領の代理人欄は委任する所属の会社名等を記入してください。