

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							
	(フリガナ)				続柄				○発病又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				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									
	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		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。				円			
	令和 年 月 日				申請者 住所 (被保険者) 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	
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		金庫 支店		農協 出張所	
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段					
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	
					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。