

療養費支給申請書( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

|                            |                                  |                                                                                     |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|-----------|-----------------|-----------|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄      | 被保険者の<br>記号番号                    | —                                                                                   | 被保険者氏名 |                       |           | 被保険者の生年月日       | ( ) 年 月 日 |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 被保険者の住所                          |                                                                                     |        |                       | 事業所名      |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 傷病名                              |                                                                                     |        |                       | 発病又は負傷年月日 | ( ) 年 月 日       |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 療養を受けた者の<br>氏名                   | (フリガナ)                                                                              |        |                       | 続柄        | 発症又は負傷の原因及びその経過 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                  | 男・女<br>( ) 年 月 日生                                                                   |        |                       |           | 業務上・外、第三者行為の有無  |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他     |                                  |                                                                                     |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄      | 初療年月日                            | ( ) 年 月 日                                                                           | 施術期間   | ( ) 年 月 日 ~ ( ) 年 月 日 | 実日数       | 請求区分            |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 傷病名又は<br>症状                      |                                                                                     |        |                       |           | 新規 ・ 継続         |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                  |                                                                                     |        |                       |           | 転 帰             |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 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 |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 温電法                              | 円 ×                                                                                 |        | 回 =                   | 円         |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 温電法・電気光線器具                       | 円 ×                                                                                 |        | 回 =                   | 円         |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 往療料 4Kmまで                        | 円 ×                                                                                 |        | 回 =                   | 円         |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 加算 ( Km )                        | 円 ×                                                                                 |        | 回 =                   | 円         |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 計                        |                                  | 円                                                                                   |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日<br>通院○<br>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<br>術<br>証<br>明<br>欄      | 上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。( ) 年 月 日 |                                                                                     |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | あん摩マッサージ 住所<br>指圧師 氏名            |                                                                                     |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  | 電話   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録           | 医師の氏名                            |                                                                                     | 住所     |                       | 同意年月日     |                 | 傷病名       |   | 要加療期間 |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                  |                                                                                     |        |                       | ( ) 年 月 日 |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療<br>養<br>費<br>受<br>取<br>先 |                                  |                                                                                     |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | ゆうちょ銀行 記号 番号<br>(フリガナ) (フリガナ)    |                                                                                     |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 銀行 本店 普通<br>金庫・農協 支店 当座          |                                                                                     |        |                       |           |                 |           |   |       |  |  |  |  |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。  
また、番号が他の人に見えないように封筒にいれて提出してください。）

備考

健 保 受 付 印

注) 療養費は、原則給与口座に振り込みますので、療養費受取先の記入は不要です。