

療養費支給申請書

( 年 月分)(あんま・マッサージ用)

施術機関番号

記載例

被 保 険 者 欄	保険者番号	0 7 0 0 7 8	被保険者証記号番号	島 4 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
	他の制度により自己負担相当額又はその一部の給付を受けられる場合、記入して下さい。					
	医療費助成事業名		受給者証 記号番号			
	療養を受けた被保険者氏名 <small>(フリガナ) スカガワ タロウ</small>	性別	生年月日	続柄	業務上・外、第三者行為の有無	
	須賀川 太郎	男 女	年 月 日生	本人	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 (普通は生活して負傷)	
世帯主氏名	傷病名	発病又は負傷年月日	発症又は負傷の原因及びその経過			
須賀川 太郎	筋麻痺	年 月 日	脳挫傷			
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間	実日数	請求区分	転 帰	
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医	
	傷病名又は症状					
	マッサージ	軀 幹	円 ×	回 =	円	摘 要
		右上肢	円 ×	回 =	円	
		左上肢	円 ×	回 =		
		右下肢	円 ×	回 =		
		左下肢	円 ×	回 =		
		変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	
	温電法	円 ×	回 =	円		
	温電法・電気光線器具	円 ×	回 =	円		
	往療料 kmまで	円 ×	回 =	円		
	加算 ( km )	円 ×	回 =	円		
	費用額計				円	
	一部負担金 ( 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。 施術所名			施術者登録番号		
	年 月 日	住 所 あん摩マッサージ指圧師 氏 名	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。					
	年 月 日	申請者 住 所 須賀川市八幡町135番地 (世帯主) 氏 名 須賀川 太郎 須賀川	電 話 ( )			
支 払 機 関 欄	支払区分	口座区分	施術所へ保険診療分自己負担額のみを支払い、保 険給付分の受領を施術所へ委任する場合、「支払機 関欄」の記入は施術所のものになります。なお、		本 店 支 店 出 張 所	
	振込 銀行送金 当地払	1.普通 2. 3.通知 4.				
受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を下記代理人に委任します。		申請者 (世帯主) 氏名	須賀川 太郎 須賀川		
同 意 記 録	年 月 日	住 所	電 話	( )		
	代理人 氏 名	住 所	電 話	( )		
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	
			年 月 日			

施術所で記入するところです。

記入上の注意

- 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入してください。
- 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間等を「同意記録」欄に記入してください。