

療養費支給申請書

施術機関番号

( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	保険者番号		被保険者証記号番号						
	<input type="checkbox"/> 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。								
	<input type="checkbox"/> 医療費助成事業名			<input type="checkbox"/> 受給者証 記号番号					
	療養を受けた被保険者氏名 (フリガナ)		性別	生年月日	続柄	業務上・外、第三者行為の有無			
		男・女	年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ( )				
世帯主氏名	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				
				年 月 日					
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	～	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=	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 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				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	住 所				世帯主			☎ 電話 ( )
	氏 名			個人番号			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>		
須賀川市長 (代理人)									
支 払 機 関 欄	支払区分	口座区分	金融機関名		銀行	農協	本店		
	①振込 ②直接払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4.			金庫	組合	支店 出張所		
口座名義 (カタカナで記入)			口座番号						
備 考									
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				

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。