

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	公費負担者番号		保険者番号																											
	公費受給者番号		被保険者番号																											
	発病又は負傷年月日 年 月 日		傷病名																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フガナ)	発症又は負傷の原因及びその経過																											
男・女		業務上・外、第三者行為の有無																												
	明・大・昭 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 年 月 日	施術期間 自・ 年 月 日~至・ 年 月 日		実日数 日	請求区分 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	体 軀	円×	回 =	円	摘 要																								
		右上腕	円×	回 =	円																									
		左上腕	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																										
往診料 2kmまで	円×	回 =	円																											
加算 (km)	円×	回 =	円																											
合 計			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。 年 月 日																													
	住 所 はり師、きゅう師 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。 年 月 日																													
	住 所 申請者 殿 (被保険者) 氏 名		印																											
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 3.郵便局送金 4.当地払	1.普通 2.当座 3.通知 4.別段			金庫 支店 農協 出張所																									
	口座名義(フガで記入)		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																											