

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 六外 6 家外	8 高外- 0 高外7	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職			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				○発症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・令 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		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・電光線器具			円×	回=	円			
	往療料 4 kmまで			円×	回=	円			
	往療料 4 km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 (申し出た施術者登録番号)				名 称				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。				〒				—			
	令和 年 月 日				申請者 住所				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	
3. 郵便局送金		4. 当地払	3. 通知	4. 別段			農協 出張所	
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。