

## 療養費支給申請書 ( 年 月分)

あんま・マッサージ用

被保険者記入欄	被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者(申請者)氏名と印	㊟								
	社員番号			所属会社名									
	療養を受けた者の氏名	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	発病又は負傷年月日	平成 令和	年								月	日	傷病名
	発症又は負傷の原因及びその経過				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								
支払金融機関	金融機関名			預金の種類	口座番号								
	銀行 金庫 農協			1. 普通 2. 当座	口座名義(カナ) (被保険者名義)								
	本店 支店 出張所												
施術内容欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分							
	平・令 年 月 日	自平・令 年 月 日～至平・令 年 月 日			日	新規・継続 転 帰							
	傷病名又は症状					継続・治癒・中止・転医							
	マッサージ	躯幹	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×	回＝	円									
	温罨法	円×	回＝	円									
温罨法・電気光線器具	円×	回＝	円										
往療料 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。												
	令和 年 月 日 住所 あん摩マッサージ指圧師 氏名 ㊟ 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	
							令和 年 月 日						

受付日付印