

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							
	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