

支給額					支払年月日	常務理事	事務長	係
					年 月 日			

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

下記の通り、療養費の支給を申請します。

提出日 令和 元 年 7 月 31日

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号番号	記号 1000	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	宝 凛太郎 印		
		番号 9999		昭平令 50年 8月 10日		
	事業所名 所在地	宝酒造株式会社 本社				
	申請が被扶養 者に関するも のであるとき	氏 名 宝 凛子	生 年 月 日 昭平令 50年 10月 10日	続 柄 妻		
	医師の同意を 受けた傷病名	関節拘縮		発病又負傷の 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.第三者行為である 3.その他		治療に要した費用	5,000 円	
	振 込 先 口座	銀行名	預金種目	普通 当座	支店名	口座番号
		※任意継続被 保険者又は資格喪 失者のみ記入	口座名義	漢字	カタカナ	
	委任 状	私は 〇〇を代理人と定め令和 〇年 〇月 〇日に請求した療養費、金 〇円也の受領を委任します。 本人 住所 京都市下京区〇〇町1-2-3 氏名 宝 凛太郎 印 代理人 住所 氏名 印				

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・ 年 月 日 ~ 至・ 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	※施術管理者以外が施術した場合に記入
		左上肢	円×	回=	円	施術者氏名
		右下肢	円×	回=	円	施術日 年 月 日
		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	※往療を必要とした場合に記入	
往療料 4kmまで		円×	回=	円	往療日 年 月 日	
往療料 4km超		円×	回=	円	往療を必要とした理由	
合 計				円		
施術日 通院○ 往療◎	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。		保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		
	年 月 日		所在地			
	免許登録番号		施術所名			
			施術管理者名	印 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
	知心剣 一郎	京都市伏見区××町9-8	令和 元年 5月 10日	関節拘縮	

<記入に当たっての注意事項>

- ・ 申請書は月単位で作成してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・ 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

- 医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書