

療養費支給申請書（平成 年 月分）

（あん摩・マッサージ用）

施術所コード														保険種別	1 社国 2 公費	3 後高 4 退職	本家区分	2 本人・4 六歳・6 家族 8 高一・0 高7	給付割合	7	8	9
公費負担者番号											保険者番号											
公費受給者番号											被保険者記号・番号											
被保険者氏名 (世帯主・組合員)											被保険者住所											
(フリガナ)											(フリガナ)											
男 女											郵便番号											
明・大・昭・平 年 月 日生											電話											
療養が被扶養者 に関するとき											被扶養者氏名											
男 女											生年月日											
											明治 大正 昭和 平成											
発病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											
初療年月日											施術期間											
平成 年 月 日											自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日											
											施術日数											
											発病又は負傷年月日											
施 術 内 容 欄											請求区分											
											新規・継続											
											転・帰											
											継続・治癒・中止・転医											
											摘 要											
											マ ッ サ ー ジ											
											円× 局所 × 回 = 円											
											変形徒手矯正術											
円× 肢 × 回 = 円																						
温 罨 法																						
円× 局所 × 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																						
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											
平成 年 月 日 あん摩マッサージ指圧師 住 所																						
免許登録番号											氏 名											
											☎ 電話											
同 意 記 録											同意医師の氏名											
											住 所											
											同意年月日											
											平成 年 月 日											
											傷 病 名											
											要加療期間											
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。											
											平成 年 月 日											
											世帯主住所											
											組合員住所											
											市町村											
											国民健康保険組合 長殿											
											被保険者氏名											
											受給者氏名											
											☎											
支 払 機 関 欄											支払区分											
											1. 振込											
											預金の種類											
											1. 普通 2. 当座											
											金融機関名											
											銀行 金庫 農協											
											本店 支店 出張所											
											金融機関コード											
											支店コード											
											口座番号											
											口座名義人											
											(口座名義人フリガナ)											
委 任 欄											本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。											
											平成 年 月 日											
											世帯主住所											
											組合員住所											
											市町村											
											国民健康保険組合 長殿											
											被保険者氏名											
											受給者氏名											
											☎											
											代理人住所											
											氏名											
											☎											

【記入上の注意】

- ・往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
- ・再同意書については、実際に医師からの同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にはその期間を【同意記録欄】に記入してください。