

療養費支給申請書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）

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（医師の同意を受けた傷病名）												
				—					年 月 日																
	(フリガナ)								続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過														
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名								男・女		1. 本人		○業務上・外、第三者行為の有無												
2. 配偶者																									
昭・平・令 年 月 日生								4. その他 ()		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									
	令和 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・電気光線器具				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																														
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																所在地															
	免許登録番号																施術所名															
	あん摩マッサージ指圧師																施術者名 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																被保険者 住 所 氏 名 電話 浜仁会健康保険組合理事長 殿 (請求者)															

支 払 機 関 欄	支払区分								預金の種類								金融機関名								銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所														
	1. 振 込				2. 銀行送金				1. 普通				2. 当座																										
	3. 郵便局送金				4. 当 地 払				3. 通知				4. 別段																										
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
(被保険者) 氏名

住所
代理人 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。