

療養費支給申請書 (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			○業務上・外、第三者行為の有無		
昭・平 年 月 日生								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	
	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 右 上 肢 円× 回= 円 左 上 肢 円× 回= 円 右 下 肢 円× 回= 円 左 下 肢 円× 回= 円				摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 日	
	変 形 徒 手 矯 正 術		円× 肢×		回= 円			
	温 電 法		円×		回= 円		※往療を必要とした場合に記入	
	温電法・電気光線器具		円×		回= 円		往療日 日	
	往療料 4 km まで		円×		回= 円		往療を必要とした理由	
	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 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 _____		あん摩マッサージ指圧師		施術所名 _____	
					施術管理者名 _____ TEL _____	

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		〒 -		
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		
					令和 年 月 日		
				傷 病 名		要加療期間	

<記入にあたっての注意事項>

- ・「療養費支給申請書」は被保険者が記入してください。被保険者が自ら署名する場合以外は、被保険者の押印が必要です。
- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「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は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<添付書類>

施術に要した費用の領収書 (原本)

<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