

## 別添1 (様式第6号の2)

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード 04-9-

公費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外一	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職	4 六外 6 家外 0 高外7	8	9	10
区市町村番号										種類	04 マ				
受給者番号										保険者番号					

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			
					年 月 日							
	(フリガナ)				続 柄				○発病又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				男・女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日								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・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							
	温 罨 法 (加 算)		円×	回=	円								
温罨法・電光線器具 (加 算)		円×	回=	円									
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		右上肢	円×	回=	円								
		左上肢	円×	回=	円								
		右下肢	円×	回=	円								
		左下肢	円×	回=	円								
往療料 4kmまで		円×	回=	円									
往療料 4km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								
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	
	令和 年 月 日 施術所				所在地			
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)				名 称		印 電話	
_____ 施術管理者				氏 名				

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				申請者 住 所		
_____ 殿 (被保険者)				氏 名		印 電話	

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

※ 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。  
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。  
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。