

## 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

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

|                       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |                           |                  |  |  |  |  |
|-----------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|---------------------------|------------------|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>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        |  |  |  |                           | ○発症又は負傷の原因及びその経過 |  |  |  |  |
|                       | 療養を受けた者の氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 男<br>女     |  |  |  |                           | ○業務上・外、第三者行為の有無  |  |  |  |  |
| 明・大・昭・平・令 年 月 日生      |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |                  |  |  |  |  |

|                          |                                |     |                       |    |   |   |   |   |   |   |   |    |     |    |             |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------|--------------------------------|-----|-----------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|----|-----|----|-------------|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>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 気 光 線 器 具<br>( 加 算 ) |     |                       | 円× |   |   |   |   |   |   |   |    |     |    | 回＝          | 円  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                          | 変形徒手矯正術(加算)<br>※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<br>(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<br>通院○<br>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<br>術<br>証<br>明<br>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                |                          |  |  |  |  |  |  |  |  | 名称 |         | 電話 |                         |  |
|                       |                          |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |         | 氏名 |                         |  |

|             |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |            |  |     |
|-------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|------------|--|-----|
| 申<br>請<br>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 殿                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者<br>(被保険者) |  | 住 所<br>氏 名 |  | 電 話 |

|                       |        |          |        |       |       |  |       |  |  |     |    |     |    |  |
|-----------------------|--------|----------|--------|-------|-------|--|-------|--|--|-----|----|-----|----|--|
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄 | 支払区分   |          | 預金の種類  |       |       |  | 金融機関名 |  |  |     | 銀行 |     | 本店 |  |
|                       | 1. 振 込 | 2. 銀行送金  | 1. 普通  | 2. 当座 |       |  |       |  |  |     | 金庫 |     | 支店 |  |
|                       |        | 3. 郵便局送金 | 4. 当地払 | 3. 通知 | 4. 別段 |  |       |  |  | 農協  |    | 出張所 |    |  |
| 口座名義<br>カタカナで記入       |        | 口座番号     |        |       |       |  |       |  |  | 郵便局 |    |     |    |  |

|                  |         |  |     |  |  |  |          |  |  |  |       |  |       |  |
|------------------|---------|--|-----|--|--|--|----------|--|--|--|-------|--|-------|--|
| 同<br>意<br>記<br>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                       |  |  |  |  | 代理人 住所 |  |  |  |  |          |  |
| (被保険者) 氏名                    |  |  |  |  | 氏名     |  |  |  |  |          |  |

※ 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。

※ 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）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。