

被保険者
 家族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ)

「添付書類」
「注意事項」

① 領収書(原本) ※受診者名がわかるものから3か月経過後における同意書については医師の同意を得ていれば添付は不要、同意記録欄に記載のこと。
② 医師の同意書(初回申請時)。初療は、往療料のわかる明細を摘要欄に記載してください。
③ 往療がある場合は、往療を必要とする理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記載してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	④									
	被保険者住所		(〒 -) (電話番号)											
	所属事業所名		<input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続		生年月日	昭和 平成	年	月	日					
	療養を受けた者の氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄						
	傷病名		業務上・外 第三者行為の有無		1.業務上 2.第三者行為 3.その他									
	発病又は負傷の 原因及びその経過		発病又は 負傷年月日		昭和 平成	年	月	日						
	施術を受けた 施術所	名称	施術者氏名											
		所在地												
施術の期間 (支給期間:月単位)		平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日数	日	施術に要した 費用の額	円

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日～平成 年 月 日		日	新規・継続			
		傷病名及び症状詳細				転 帰			
						継続・治癒・中止・転医			
		マッサージ	円 ×	局所 ×	回 =	円	摘 要		
		変形徒手矯正術	円 ×	局所 ×	回 =	円			
		温電法	円 ×		回 =	円			
		温電法・電気光線器具	円 ×		回 =	円			
		往療料 2kmまで 加算 (km)		円 ×	回 =	円			
		費 用 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、その費用を領収いたしました。				
	平成	年	月	日	住所
					施術所名称
					氏名
					④
	免許登録番号				電話番号

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
	前回				
	今回				

委 任 状	本請求に基づく療養費の受領を下記事業主に委任します。				
	平成 年 月 日				
	被保険者	住所 氏名	④		
	事業主	住所 氏名	④		

受付日付印