

被保険者
家 族

療養費支給申請書

(年 月分)
(あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	(r) 記号	(i) 番号	② 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日 (歳)	
	③ 被保険者の 氏 名	(フリガナ)		④ 被保険者の 住 所	〒 電話 ()				
	⑤ 事業所の名称 (会社名)				⑥ 所属部署				
	⑦ 申請が被扶養者 に関するときはその者の	(r) 氏名	被保険者との続柄()		(i) 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日 (歳)
	⑧ 傷 病 名				⑨ 発 病 又 は 負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は : 時頃)			
	⑩ 発 病 又 は 負 傷の原因及び その経過								
	⑪ 業務上の負傷 ですか	はい ・ いいえ			⑫ 第三者の行為 によるもので すか	はい ・ いいえ			
⑬ 振 込 先	銀行			⑬ 預金種別	フリガナ				
	店			1. 普通	口座名義				
				2. 当座	口座 番号				

※被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

委 任 状	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。			年	月	日
	住所 〒					
	被保険者の 氏 名					
代理人の 氏 名	(フリガナ)		委任者と 代理人と の関係			
代理人の 住 所	〒			電話 ()		

受付日付印

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。

あんま師・マッサージ師が記入するところ	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	
	傷病名または症状				転帰	
					継続・治癒・中止	
	マッサージ	躯幹	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 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)			円			
合計			円			
施術日 通院○ 往療◎	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。					
	年 月 日					
	あん摩マッサージ指圧師 住所					
	氏名					

- ・ 暦日ごとにこの申請書を記入してください。
- ・ 施術の領収書は原本を添付してください。
- ・ 初めて施術を受け申請する場合、また前回の同意より6ヶ月を超えて引き続き施術を受け請求する場合、保険医の診察を受けた上で交付された同意書(文書)を添付してください。