

療養費支給申請書（令和元年5月分）（あんま・マッサージ用） ※領収書(原本)を添付してください。

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号	1	番号	〇〇〇	所属事業所名および電話番号	楽天(株)〇〇〇部 電話(〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	被保険者氏名		健保 太郎		生年月日	昭和・平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	療養を受けた者の氏名		健保 花子		生年月日	昭和・平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	続柄	妻		業務上外、第三者行為の有無						
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日		1. 業務上(有・無) 2. 第三者行為(有・無) 3. その他()						
(発症又は負傷の原因及びその経過)										
施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日				施術期間	(自) 令和 年 月 日 ~ (至) 令和 年 月 日		実日数	日
	傷病名								請求区分	
									新規・継続	
									転帰	
									継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	躯幹	円 ×	回 =	円					
		右上肢	円 ×	回 =	円					
		左上肢								
		右下肢								
		左下肢								
変形徒手矯正術										
温電法										
温電法・電気光線器具										
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 施術分)	円 ×	回 =	円							
往療料 2kmまで	円 ×	回 =	円							
加算(km)	円 ×	回 =	円							
合計										
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	〒 -			住所					
申請者(被保険者)自署欄	免許登録番号				氏名	あん摩マッサージ指圧師				
					電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇				
					住所	東京都〇〇区〇〇 〇〇番地〇〇号				
					氏名	健保 太郎				
同意記録欄	同意医師の氏名				病院または診療所所在地					
	〇〇 〇〇				〒〇〇〇-〇〇〇〇					
	同意年月日				傷病名		要加療期間			
	令和 元年 5 月 1 日				頸腕症候群		令和 元年 5 月 1 日 ~ 令和 元年 7 月 31 日			
備考										

※ この欄は、その月の最後の受診日に鍼灸院で記入してもらってください

支払金融機関	〇〇〇〇	銀行金庫	〇〇〇〇	本店支店
	金融機関コード(〇〇〇〇)		店番号 (〇〇〇〇)	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
			〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	ケンポ タロウ		
口座名義	健保 太郎			
※被保険者名義				

受付日付印