

療養費支給申請書(年 月分)あんま・マッサージ用

被 保 険 者 記 入 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			
	施 受 の 氏 名	(フリガナ)			○発症又は負傷の原因及びその経過	
			○業務上・外、第三者行為の有無			
			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	
	期 間	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日	日	新 規 ・ 継 続	
	傷病名又は症状			日	転 帰
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	
	温電法(加算)	円×	回＝	円	
	温電法・電気光線器具 (加 算)	円×	回＝	円	
	変形徒手矯正術 (加 算)	円×	回＝	円	
	※温電法との併施は不可	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 (前回支給: 年 月分)	円×	回＝	円		
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
	年 月 日		施術所名	電話	
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師 施術管理者名		㊞	

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。		〒	電話
	年 月 日		住 所	
	亀田総合病院健康保険組合理事長 殿		被保険者 (請求者) 氏 名	

支 払 機 関 欄	金融機関 名称	銀行 信金 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	普通口座	左詰めでご記入ください	カタカナでご記入ください
		口座名義	

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		年 月 日から 年 月 日まで

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。		申請者 住所 (被保険者) 氏名	㊞
令和 年 月 日	代理人 住所	氏名	㊞

※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。

20210701