

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者欄	○被保険者等の記号 - 番号 (左づめ)										○発病又は負傷年月日					○傷病名																																		
					—						年 月 日																																							
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名					(フリガナ)					続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過																																					
						男 ・ 女							○業務上・外、第三者行為の有無																																					
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 術 内 容 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 (加 算)					円×					回＝					円																																		
	変 形 徒 手 矯 正 術 (加 算) ※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 4 kmまで					円×					回＝					円																																			
往療料 4 km超					円×					回＝					円																																			
施術報告書交付料 (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																																		
	令和 年 月 日										住 所																																							
申 請 欄	免許登録番号										あん摩マッサージ指圧師										氏 名										電 話																			
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										銀行 本店																			
	1. 振 込										1. 普 通																				金庫 支店																			
同 意 記 録	口 座 名 義 カタカナで記入																				口 座 番 号																													
	公金受取口座										☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																																							
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									
																					令和 年 月 日																													

※ 記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。

(R6.12)

※ 傷病の原因が第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要になります。

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

[illegible]

〈受付日付印〉

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄