

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		○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			
明・大・昭・平・令 年 月 日生		○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
	() 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。 令和 年 月 日		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			
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師	住 所	氏 名 電 話			
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。 令和 年 月 日		〒	—			
	殿	申請者 (被保険者)	住 所	氏 名 電 話			
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				