

別添 1（様式第 6 号の 2）

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月 分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号									特記事項		1 社国 3 後高	2 本外 4 六外 8 高外一	給付割合		
公 費 受 給 者 番 号											2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7	8	9	10
区 市 町 村 番 号										種類	04 マ				
受 給 者 番 号									保 險 者 番 号						

被 保 険 者 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							
	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						
	明・大・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									
	変 形 徒 手 矯 正 術		円×	肢×	回＝	円									
	温 罨 法		円×	回＝	円										
	温罨法・電光線器具		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										
一部負担金 (1割・2割・3割)					円										
請 求 額					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				施術所		所在地			
	登録記号番号 (申し出た施術者登録番号)				氏 名		印 電話			
	_____				施術管理者		氏 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。				〒		—	
	令和 年 月 日				申請者 (被保険者)		住所	
	殿				氏 名		印 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		2. 当座		金庫 支店	
	3. 郵便局送金		3. 通知		4. 別段		農協 出張所	
	口座名義 カタカナで記入		口座番号				郵便局	

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					

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。 令和 年 月 日									
申請者 住所					代理人 住所				
(被保険者) 氏名					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。
※ 施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。