

常務理事	事務長	担当	係

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	被保険者証の記号	番号	生年月日		年	月	日
	氏名		Ⓜ	自署の場合 押印省略可	事業所 名称		
	住所	(〒 -)	TEL		()		
	施術が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	生年月日		年	月	日
	傷病名		発症・負傷 年月日		年	月	日
	傷病の原因 及び経過	第三者の行為によるものですか → はい・いいえ		業務によるものですか → はい・いいえ			
	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		
	支給	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。					
払付	振込先 銀行	銀行 金庫・農協		支店	口座 番号	※口座番号は左詰めでご記入ください	
先金	預金 種別	[金融機関コード	[]	[店番号	[]	(1) 漢字	(2) カタカナ

あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 記 入 欄	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:	年 月 日	～	至:	年 月 日	日	新規・継続																								
	傷病名 又は 症状								転帰																							
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×		回=		円	治癒・中止																								
		右上肢	円×		回=		円	摘 要																								
		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・電気光線器具	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. 出張専門施術所所在地																	
令和 年 月 日													住所																			
免許登録番号													あんまマッサージ指圧師 氏名	Ⓜ 電話																		

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	Ⓜ
--------------------	---

〔備考〕（記号番号を記入した場合は記入不要です。）
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は備考欄に記入してください。
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人を確認するための添付書類が必要です。