

記入例

常務理事	事務長	担当	係

療養費支給申請書（H30年10月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者証の 記号	1234	番号	1234567	生年月日	昭和 50 年 6 月 1 日	
氏名	山口 太郎			自署の場合 押印省略可	事業所 名称	(株)ファーストリテイリング
住所	<small>(〒 -)</small> ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。					
施術が被扶養者に 関するときは、その方の	氏名	山口 三郎	生年月日	昭和 25 年 5 月 1 日	被保険者との続柄	父
傷病名	脳梗塞後遺症				月 26 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		
赤坂 一郎	〇県〇市***-**	H**年*月*日	脳梗塞後遺症	6ヶ月		
支給	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。					
払付	尚、給与振込口座へ振り込みを希望する場合は、 給付支払先は、原則、被保険者名義の口座に限ります。 給与口座以外の口座をご希望の場合は、被保険者名義の 銀行口座をご記入ください。					
先金	振込先 銀行	[金融機関コード]	口座 種別	口座 名義	漢字	
			普通・当座 貯蓄		カタカナ	

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	日	新規・継続		
傷病名 又は 症状	マッサージ			円	転帰		
	軀	施術を受けた、あん摩マッサージ指圧師に 記入を依頼してください		円	治癒・中止		
	右			円	摘要		
	左			円			
	右			円			
	左			円			
変形徒手矯正術				円			
温電法	円 × 回 =			円			
温電法・電気光線器具	円 × 回 =			円			
往療料 4kmまで	円 × 回 =			円			
往療料 4km超				円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円			
合計				円			
施術日 通院○ 往療◎	1 2 3 4			円	26 27 28 29 30 31		
上記のとおり施術を行い、	令和 年 月 日			出張専門施術所所在地			
免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師 氏名			☎ 電話			

【添付書類】

- 施術を受けた方の氏名が記載された領収書の原本
- 医師より交付を受けた同意書の原本
(初回必須。その後も同意を受ける度に必要)
- 施術報告書の写し (施術者より提供があった場合)

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〕

被保険者証の記号番号を記入する場合は記入不要です。

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。