# 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**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者記号番号 | 記　号 | 番　号 | 被保険者（申請者）氏名 | | | | | | | |
| 社員番号 | | | 所属会社名及び部署名 | | | | | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>男・女 | | 続柄 | | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 発病又は負傷年月日 | 年　月　日 | | 傷病名 | | | | | | | |
| 発症又は負傷の原因及びその経過 | | | 業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | | |
| | | | 1. 業務上　2. 第三者行為　3. その他 | | | | | | | |

**委任状**

本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

年　月　日　　住所　〒

申請者（被保険者）

氏名

**支払金融機関**

※退職後の申請の場合は、ご記入ください。

| 金融機関名 | 預金の種類 | 口座番号 |
|---|---|---|
| 銀行<br>金庫<br>農協　　本店<br>支店<br>出張所 | 1. 普通<br>2. 当座 | 口座名義（カナ）（被保険者名義） |

**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<br>継続・治癒・中止・転医 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| マッサージ | 躯幹 | 円× | 回＝ | 円 |
| | 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× | 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 |
| 4km超 | | 円× | 回＝ | 円 |
| 施術報告書交付料（前回支給：　年　月） | | | | 円 |
| 合計 | | | | 円 |

摘要

| 施術日<br>通院○<br>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

免許登録番号　　施術所　所在地

名称　　電話

施術管理者 氏名　　㊞

**備考**

**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 | | |

受付日付印

デル健康保険組合