# 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 | ○被保険者証等の記号番号 | | | ○発病又は負傷年月日 | ○傷病名 |
| | 記号 | | 番号 | 年　月　日 | |
| | 療養を受けた者の氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>男・女<br>昭・平・令　年　月　日生 | 続柄 | ○発症又は負傷の原因及びその経過<br>○業務上・外、第三者行為の有無<br>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 |
| | 平成　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<br>右上肢　円×　回＝　円<br>左上肢　円×　回＝　円<br>右下肢　円×　回＝　円<br>左下肢　円×　回＝　円 | | 摘要 |
| | 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　4㎞まで | 円×　回＝　円 | | |
| | 往療料　4㎞超 | 円×　回＝　円 | | |
| | 施術報告書交付料<br>（前回支給：　年　月分） | 円×　回＝　円 | | |
| | 合計 | 円 | | |
| | 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。<br>年　月　日<br>免許登録番号<br>あん摩マッサージ指圧師 | 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 |
| | | 住所<br>氏名　㊞<br>電話番号 | |
| 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。<br>年　月　日<br>岐阜繊維健康保険組合　殿　申請者（被保険者） | 〒　－<br>住所<br>氏名　㊞<br>電話番号 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 支払機関欄 | 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫 | 本店<br>支店<br>出張所 | | |
| | 口座名義（申請者の口座） | フリガナ | 口座番号 | | 種別<br>普通 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |