

療養費支給申請書 (○ 年 △ 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者の記入するところ	○ 被保険者証の記号・番号		○ ○ ○ -	1	2	3																												
	○ 被保険者氏名		健保 太郎																															
	○ 療養を受けた者の氏名		○ 続柄	○ 生年月日		○ 業務上・外、第三者行為の有無																												
	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子		男 女	妻	昭和・平成 ○ 年 △ 月 □ 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ()																											
施術者の記入するところ	○ 傷病名		○ 発病又は負傷年月日		○ 発症又は負傷の原因及びその経過																													
	腰痛症		○ 年 △ 月 □ 日		不詳																													
	下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。																																	
	平成 ○ 年 △ 月 □ 日		申請者 (被保険者)		住所 ○○県△△市××1-2-3 氏名 健保 太郎 印 電話 0123(45)6789																													
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		2 日	新規・ <u>継続</u>																													
傷病名または症状		脳出血			転 帰 継続・治癒・中止・転医																													
マッサージ		○○ 円 × △ 局所 × 2 回 =	○○○○ 円		摘 要																													
変形徒手矯正術		円 × 肢 × 回 =	円																															
温 罨 法		○○ 円 × 2 回 =	○○○○ 円																															
温罨法・電気光線器具		円 × 回 =	円																															
往療料 2kmまで		円 × 回 =	円																															
加算 (km)		円 × 回 =	円																															
費用額計		○○○○ 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
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		施術所名		☆☆鍼灸マッサージ師会		施術者登録番号																												
平成 ○ 年 △ 月 □ 日		あんま・マッサージ指圧師		住所		○○県△△市××1-2-3 氏名 △△ △△ 印 電話 09(8765)4321																												
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名																												
				年 月 日																														

※施術内容欄は治療院で使用している申請書類を添付いただいても結構です。

記入上の注意

- 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入して下さい。
- 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。

受付日付印