

療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号一番号		○発症又は負傷年月		○傷病名																											
	—		年 月 日																													
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)			続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過																										
		昭・平・令 年 月 日				○業務上・外、第三者行為の有無																										
		男・女			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																								
	年 月 日		令和 年 月 日～令和 年 月 日			日		新規・継続																								
	傷病名又は症状					転 帰																										
						継続・治癒・中止・転医																										
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円×	回=	円	摘 要																									
			右上肢	円×	回=	円																										
			左上肢	円×	回=	円																										
			右下肢	円×	回=	円																										
			左下肢	円×	回=	円																										
	温 罨 法 (加算)			円×	回=	円																										
	温罨法・電気光線器具 (加算)			円×	回=	円																										
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		右上肢	円×	回=	円																										
			左上肢	円×	回=	円																										
		右下肢	円×	回=	円																											
		左下肢	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																											
費用額計			円		療養費申請額(7・8・9割)		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。					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					住 所					あん摩マッサージ指圧師																						
免許登録番号 _____					氏 名					電 話																						
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。					令和 年 月 日					〒 _____																						
自動車振興会健康保険組合理事長 殿					申 請 者 住 所					(被保険者) 氏 名																						
					電 話																											
支 払 機 関 欄	支払区分 振 込		預金の種類 普 通		金融機関名					銀行・信金 金庫・農協					本店・出張所 支店																	
	口座名義 (カキで記入)				口座番号																											
公金受取口座		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記口座情報の記入は不要です)																														
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														
	再同意医師の氏名		住 所					同意年月日					傷 病 名					要加療期間														

備考欄 (注)

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、個人番号・本人確認をするための添付書類が必要です。