

療養費支給申請書（あんま・マッサージ施術者記入用）

※以下記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

施 術 者 (あんま マッ サー ジ 指 圧 師)	被保険者情報		被保険者証 記号-番号	-	氏名		
	療養を受けた者	氏名			傷病名		
		生年月日	年	月	日	業務上／第三者行為	業務上・第三者行為・その他
		性別・続柄	男	・	女	続柄 ()	施術に要した費用
	発症または負傷の原因 およびその経過						
施 術 内 容 記 入 欄	初療年月日		施 術 期 間			実 日 数	転 帰
	年 月 日		年	月	日 ~ 年 月 日	日	継続・治癒・中止・転医
	傷病名および症状						
	マッ サー ジ	軀 幹	円×	回 =	円	請求区分	
		右上肢	円×	回 =	円	新規・継続	
		左上肢	円×	回 =	円	摘 要	
		右下肢	円×	回 =	円		
		左下肢	円×	回 =	円		
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回 =	円	
	温罨法・電気光線器具		円×	回 =	円		
	往 療 料	4 k m まで	円×	回 =	円		
		4 k m 超	円×	回 =	円		
施術報告書交付料 (前回: 年 月分)							
合 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				
変形徒手矯正術 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				
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		
	年 月 日	住所 (所在地)		氏 名			
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	

※往療があった場合は往療状況確認表を添付してください。

組合受付印