

(被保険者・家族)療養費 支給申請書

(マッサージ用)

(平成 年 月分)

機関コード

公費負担者番号		公費受給者番号		区市町村番号		受給者番号		特記事項		1 社国 3 後高 2 公費 4 退職		2 本外 4 三外 6 家外		8 高外 9 高外 8		給付割合 8 9 10																	
被保険者氏名		(フリガナ)		男・女		事業所		名称		所在地		種類		04 マ																			
被保険者の住所		郵便番号		(フリガナ)		電話 ( )		被保険者番号		被保険者記号・番号																							
療養が被扶養者に関するとき		被扶養者氏名		男・女		生年月日		明大昭平 治正和成		年 月 日生		被保険者との続柄																					
発病の原因及びその経過		初療年月日		手術期間		実日数		入院入院外の別		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他																							
傷病名又は症状		平成 年 月 日		自・平成 年 月 日		～至・平成 年 月 日		①:入院外 1:入院		発病又は負傷年月日		年 月 日																					
施 術 内 容 欄	マッサージ	円×		局所×		回=		円		請求区分 新規・継続 転 届 継続・治癒・中止・転医		摘 要																					
	変形徒手矯正術	円×		肢×		回=		円																									
	温電法	円×				回=		円																									
	温電法・電気光線器具	円×				回=		円																									
	往療料 2kmまで	円×				回=		円																									
	加算 ( km)	円×				回=		円																									
	合 計							円																									
	一部負担金 ( 割)							円																									
請 求 額							円																										
施術日 通院○ 往診◎	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。		平成 年 月 日		あん摩マッサージ指圧師 住所		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地		氏名		電話																				
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																								
申請者	平成 年 月 日		世帯主 住所 〒		組合員 氏名		被保険者 氏名		電話																								
支払機関	支払区分 1. 振込 2. 当座		預金種類 ①普通		金融機関名 三井住友		支店 高田馬場		口座番号 4113660		口座名義人 公益社団法人 日本あん摩マッサージ指圧師会健保口		本店 出張所																				
委任欄	本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任いたします。		平成 年 月 日		世帯主 住所		組合員 氏名		被保険者 氏名		代理人 住所 〒169-8664 東京都新宿区西早稲田2-18-2 日本盲人福祉センター内		氏名 (公社)日本あん摩マッサージ指圧師会 会長 安田 和正		平成 年 月 日提出		受付日付印																

公益社団法人 日本あん摩マッサージ指圧師会 会員用

〔記入上の注意〕

1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 再同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の提示がある場合にはその期間を〔同意記録欄〕に記入してしてください。