

被保険者・家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回目)
(あんま・マッサージ)

◎往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
◎あんま・マッサージ・指圧師記入欄は、施術者が記入してください。
◎暦月ごと・受療者ごとに一枚、この申請書に記入し、領収書（原本）を添付してください。
◎はじめてかかつたときの申請であるときは、「医師の同意書」を添付してください。

◎この申請書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 (申請者)	記号		事業所名 (または勤務していた事業所名)
		番号		
		フリガナ		
	氏名			
被保険者 (申請者) 現住所	〒		自宅電話 携帯電話	
傷病名		発病・負傷の年月日	令和 年 月 日	
発病又は負傷の原因 及びその経過			業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為 3.その他	
療養が被扶養者に関する 請求である時はその者の	フリガナ 氏	名	昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日生	

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分													
	令和年月日	自・年月日～至・年月日			日	新規・継続													
	傷病名または症状					転帰													
						継続・治癒・中止													
	施術内容欄	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													
		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 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															
合計					円														
施術日: 通院○・往療○		1 17	2 18	3 19	4 20	5 21	6 22	7 23	8 24	9 25	10 26	11 27	12 28	13 29	14 30	15 31	16		
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										
	令和年月日				登録番号														
	あんまマッサージ 住所 指圧師 氏名				電話番号														
同意記録欄	同意医師の氏名	住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間											
				令和年月日															

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。	
	被保険者（申請者）氏名	
	事業所所在地	
	事業主 (代理人)	事業所名
事業主名		

★個人振込の場合には、「支払金融機関欄」を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)

支払金融機関コード		支店番号
普通・当座	銀行・金庫	支店・本店
口座番号	口座名義 フリガナ 氏名	

確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------------------	---