

別添1 (様式第6号の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合 8 9 10
公費受給者番号										2 公費 4 退職	4 三外 6 家外 0 高外8		
区市町村番号										種類	04 マ		
受給者番号										保険者番号			

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号			○発病又は負傷年月日			○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					
		男・女				○業務上・外、第三者行為の有無					
明・大・昭・平 年 月 日生			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					
	平・令 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・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						
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円						
	温 罨 法	円×	回=	円							
	温罨法・電光線器具	円×	回=	円							
	往療料 4 kmまで	円×	回=	円							
	往療料 4 km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								
一部負担金 (1割・2割・3割)			円								
請 求 額			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									

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	施術所	所在地			
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)	名称	氏名	印 電話		

申請欄	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。 円					
	令和 年 月 日	申請者 (被保険者)	住所	氏名 印 電話		

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金庫 農協	支店 出張所
	口座名義 カタカナで記入	口座番号	郵便局		

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
			令和 年 月 日		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 印 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。
 ※ 施術管理者及び申請者(被保険者)の記名押印は署名でも差し支えありません。
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。

負担割合1割は「8高外9 給
付割合9に○」、3割は「0
高外8 給付割合は記載な
し」

施術期間
請求区分新規 → 初療日～末日を記載
継続 → 1日～末日
治癒・中止・転医 → 1日～最終施術日

傷病名又は症状には
同意書の傷病名又は
症状を全て記載

往療先が自宅でない場合は、自
宅での施術でない理由と往療先
住所を記載してください

登録記号番号は厚生支局から通知さ
れた登録記号番号を記載
*****--**