

療養費支給申請書(年月分)(あんま・マッサージ用)

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、発症又は負傷の原因及びその経過																								
							年月日																											
	(ワカガ)						統柄			○業務上・外、第三者行為の有無																								
	療養を受けた者の氏名						男・女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他())																								
明・大・昭・平・令 年月日生						○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																												
施術内容欄	初療年月日			施術期間									実日数			請求区分																		
	() 年月日			自・令和年月日~至・令和年月日									日			新規・継続																		
	傷病名及び症状															転帰																		
				マッサージ(施術料)			同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																					
				マッサージ(施術料)			施術回数	回	回	回	回	回																						
	通所			円×回=円																														
	訪問施術料 1			円×回=円																														
	訪問施術料 2			円×回=円																														
	訪問施術料 3 (3人~9人)			円×回=円																														
	訪問施術料 3 (10人以上)			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			同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
				施術回数	回	回	回	回																										
				円×回=円																														
特別地域(加算)			円×回=円																															
往療料			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	訪問1①	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		
通所○	訪問2②																																	
往療○	訪問3③	月																																
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																		
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															
	療養費の受領を下記代理人に委任します。															〒 -																		
	令和 年月日															住 所																		
免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師															氏 名			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。															〒 -																		
	令和 年月日															申請者 (被保険者) 殿			住所 氏名			電話												
支払機関欄	支払区分 ①振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払						預金の種類 ①普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段						金融機関名 福岡銀行 本店営業部																					
	口座名義 カタカナで記入		シヤ)フクオカケンシンキユウマツサージ・シカイ				口座番号				6	6	3	7	1	1	3	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 (被保険者)															住所 氏名 〒 812-0022																			
代理人															住所 福岡市博多区神屋町2-4 フラワービル2階 公益社団法人福岡県鍼灸マッサージ師会 会長 仲嶋 隆史																			

※ 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。