

日本国土開発健康保険組合 御中

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 4 六外 8 高外一	給付割合		
公費受給者番号										2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7	8	9	10
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	○発症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									
昭・平・令 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					
	( ) 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 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										
一部負担金 (1割・2割・3割)							円											
請 求 額							円											
施術日 通院○ 往療○																		
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 (申し出た施術者登録番号)						名 称											
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。						〒 ー											
	令和 年 月 日 住所																	
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											

※ 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。

↓任意継続保険ご加入の方、退職される方は振込先をご記入ください。

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			1. 普通 2. 当座					金庫			支店		
	3. 郵便局送 4. 当地払			3. 通知 4. 別段					農協			出張所		
口座名義 カタカナで記入						口座番号						郵便局		

支 給 決 定 欄	支給期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日											
	支給額		円		支払日		令和 年 月 日							