

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		
公費受給者番号											4 三外 6 家外	0 高外8	7	8	9
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	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	申請者との続柄
	○発病又は負傷年月日		男・女	個人番号
	年 月 日		明・大・昭・平 年 月 日生	
	○業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		
○傷病名	○発病又は負傷の原因及びその経過			

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・ 年 月 日～至・ 年 月 日	日	新規・継続	
	傷病名又は症状			転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円
		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=
	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	
請 求 額				円	

施術証明欄	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	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
	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	◎ 電話
		施術管理者	氏 名			

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
			年 月 日		

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。				年 月 日
	吹田市長 あて	住所	申請者 (世帯主) 氏名	◎	個人番号
			電話		

振込先	金融機関名	銀行	本店	預金の種類	口座番号
	口座名義 カタカナで記入	金庫 農協	支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	

振込先の口座名義人が申請者 (世帯主) 以外の場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	
上記の療養費の受領に関する一切の権限を	年 月 日
申請者 (世帯主) 住所 氏名	◎
申請者からみた受取人の続柄	

※ 施術管理者の記名押印は署名でも差し支えありません。