

記入見本

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 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外8	給付割合	7	8	9
公費受給者番号															
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) スイタ タロウ	申請者との続柄
	吹国 1234567	吹田 太郎	男	本人
	○発病又は負傷年月日		明・大・ 昭 ・平 22年9月14日	個人番号
	令和元年12月10日			
○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			
	脳出血後遺症 ○○による□□のため			

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	マッサー		転帰
		太枠内は施術所で記入してもらってください。		継続・治癒・中止・転医
		円×	円×	受領委任登録の有無
		円×	円×	有・無
		円×	円×	摘要
		円×	円×	
		円×	円×	
		円×	円×	
		円×	円×	
		円×	円×	
		円×	円×	

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
	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
	施術管理者	氏名	☎ 電話

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。	令和元年12月25日
	吹田市長 あて	住所 吹田市泉町1丁目3番40号
	申請者 (世帯主) 吹田 太郎	電話 06-1234-5678

振込先	金融機関名	銀行	本店	預金の種類	口座番号
	〇〇	金庫	支店	① 普通 2. 当座	9 8 7 6 5 4 3
	口座名義	スイタ ハナコ			
	カタカナで記入				

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		令和元年12月25日
上記の療養費の受領に関する一切の権限を		吹田 花子
申請者 住所 吹田市泉町1丁目3番40号		に委任します。
申請者 (世帯主) 吹田 太郎		
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。