

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※K-1a 療養費支給申請書（立替払等）に添付してください。 機関コード

公費負担者番号										特記事項		1社国 2後高	2本外 8高外9	給付割合		
公費受給者番号														3公費 4退職	4三外	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				発病又は負傷年月日				傷病名											
	記号		番号		平成 年 月 日															
					令和															
	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・第三者の行為の有無												
								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					
	平成 年 月 日				自 平成 年 月 日				～ 至 平成 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		躯幹		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×		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 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																			
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												住所							
	申請者 氏名												氏名							
	殿 (被保険者)												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							
					令和 年 月 日															