

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									
公費受給者番号									
区市町村番号									
受給者番号									

特記事項	1社国 2後高	2本外	8高外9	給付割合		
	3公費 4退職	4三外		8	9	10
	種類 04 マ	6家外	0高外8			
	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			
	生年月日 昭・平・令 年 月 日		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	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
-------------------	---	---

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				
	登録記号番号(または申し出た施術者登録番号)	施術所 所在地	名称		
		施術管理者 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		住所	
	申請者 氏名		電話	— —
殿 (被保険者)				

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		