|  |
| --- |
| **療養費支給申請書**（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用） |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 続　柄 | ○発症又は負傷の原因及びその経過 |
| **別添２（別紙４）** | 男・女 |  |  |
| ○業務上・外、第三者行為の有無 |
| 　　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　　年　　月　　日～至　　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　幹右上肢左上肢右下肢左下肢 | 円×円×円×円×円× |  　　  |  | 回＝回＝回＝回＝回＝ |  | 円円円円円 | 摘　　　　要 |
|
| 変形徒手矯正術 |  | 円× | 　　　肢× |  | 回＝ |  | 円 |
| 温罨法 |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 温罨法・電気光線器具 |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 往療料　　４㎞まで |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 往療料　　４㎞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 |
| 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 |
| 　　　年　　　月　　　日免許登録番号あん摩マッサージ指圧師 | 住　所氏　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。 |
| 　　　年　　　月　　　日 　　　　　殿 | 申請者（被保険者） | 〒　　 －住　所氏　名　　　　　　　　　　　　電話 |
| 支払機関欄 | 支払区分1.　振込 2.　銀行送金3.　郵便局送金 4.　当地払 | 預金の種類1.　普通 2.　当座3.　通知 4.　別段 | 金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 |
| 口座名義カタカナで記入 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 郵便局 |
| 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 |  |  |

|  |
| --- |
| 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　　　　　　　　年　　月　　日申請者　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者）　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※　給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

サンケン電気健康保険組合　2020.3