

別添2 (別紙4)

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														
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過										
療養を受けた者の氏名					男 ・ 女														
													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											
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				軀 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×	肢×	回=	円													
	温 罨 法					円×		回=	円										
	温罨法・電気光線器具					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											
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 住所 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名								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 申請者 住所 (被保険者) 氏名								氏名				☎ 電話						
支払機関欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店						
	1. 振 込		2. 銀行送金		1. 普通		2. 当座				金庫		支店						
3. 郵便局送金		4. 当地払		3. 通知		4. 別段				農協		出張所							
口座名義 カタカナで記入				口座番号								郵便局							
同意記録欄	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名						
									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								☎							
				代理人 住所 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