

療養費支給申請書

(2023年10月分)

(あんま・マッサージ用)

※添付書類を添えてご申請ください。(領収書の原本、6ヶ月毎に医師の同意書の原本)

記入例	公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
	公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	
被保険者証	被保険者氏名	被保険者住所	〒123-4567	
記号 123	扇 太郎	住所	大阪府大阪市	
番号 45678		続柄	妻	
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) オオギ ハナコ 扇 花子	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	
		療養を受けた者の生年月日	1965年 5月 15日生	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。)

施術内容等について、ご記入ください	発病又は、負傷の原因及びその経過	請求区分	新規・継続
	発症又は負傷年月日は 年 月 日	その負傷等は (1.業務上 2.第三者行為 3.その他) である	
	初療年 月 日	施術期間	実日数
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日	日
	傷病名または症状	転 帰	継続・治癒・中止・転移
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹 円× 回= 右上肢 円× 回= 左上肢 円× 回= 右下肢 円× 回= 左下肢 円× 回= 円 円 円 円 円 円	摘 要
	温 罨 法 (加 算)	円× 回=	円
	温罨法・電気光線器具(加算)	円× 回=	円
	変形徒手矯正術 (加算)	右上肢 円× 回= 左上肢 円× 回= ※温罨法との併施は不可 右下肢 円× 回= 左下肢 円× 回= 円 円 円 円	
	往療料 4km まで 往療料 4km 超	円× 回= 円× 回=	円 円
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円× 回=	円	
上「施術内容等について、ご記入ください」	円		
施術日	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 ※通院には○、往療施術には◎		
・「施術証明」			
・「同意記録」			
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。 年 月 日 千 円 住所 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名 の各欄は、あん摩・マッサージ師に記入をお願い	電話番号	
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日
			傷病名
		年 月 日	要加療期間

委任状	私は、事業主 <u>センコー株式会社</u> を代理人と定め、2023年11月10日に請求した療養費の受領方を委任します。
	2023年 11月 10日
	住所 <u>大阪府大阪市</u> 被保険者氏名 <u>扇 太郎</u>