（被保険者・家族）療養費支給申請書
（平成　　年　　月分）

機関コード

（マッサージ用）

特記事項		1. 社国　3. 後期 2. 公費　4. 退職	2. 本外　8. 高外9 4. 三外 6. 家外　0. 高外8	給付割合 8　9　10
	種類	04 マ		

公費負担者番号			
公費受給者番号			
区市町村番号		保険者番号	
受給者番号		被保険者記号・番号	

被保険者氏名	（フリガナ） 男 女 明・大・昭・平　年　月　日生	事業所	名称	
			所在地	
被保険者住所	郵便番号　－	（フリガナ）		
	（受取人情報）／（被保険者情報）	電話　（　）		

療養が被扶養者に関するとき	被扶養者氏名	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日生	被保険者との続柄	

発病の原因及びその経過		業務上・外、第三者行為の有無

初療年月日	施術期間	実日数	入院入院外の別	1.業務上　2.第三者行為である　3.その他
平成　年　月　日	自 平成　年　月　日 ～ 至 平成　年　月　日	日	0:入院外 1:入院	発病又は負傷年月日

施術内容欄

傷病名又は症状		年　月　日
		請求区分
		新規・継続

マッサージ	円×　局所×　回＝　円	転帰
変形徒手矯正術	円×　肢×　回＝　円	継続・治癒・中止・転医
温罨法	円×　回＝　円	摘要
温罨法・電気光線器具	円×　回＝　円	
往療料　2kmまで	円×　回＝　円	
加算（　km）	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

平成　年　月　日　あん摩マッサージ指圧師　住所

施術者登録番号　　氏名　　㊞　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
		平成　年　月　日		

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費（医療費）の支給を申請します。

平成　年　月　日

全国健康保険協会支部
健康保険組合
共済組合
市町村
国民健康保険組合
後期高齢者医療広域連合 長殿

住所

世帯主
組合員
被保険者
受給者

氏名　　㊞

支払機関欄

支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通2. 当座	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
金融機関コード		口座番号		
口座名義人		（口座名義人フリガナ）		

委任欄

本請求に基づく療養費（医療費）の受領を下記代理人に委任します。

平成　年　月　日

世帯主
組合員
被保険者
受給者　住所

氏名　　㊞

代理人　住所

氏名　　㊞

平成　年　月　日提出

受付日付印

〔記入上の注意〕 1.往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2.再同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療機関の提示がある場合にはその期間を〔同意記録欄〕に記入してください。