（その３）

国 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 申 請 書 （ 　年 　月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号 公 費 受 給 者 番 号

特記事項

１ 社国

２ 公費

３ 後高

４ 退職

２ 本外

４ 三外

６ 家外

８ 高外９

０ 高外８

給付割合

8 9 10

区 市 町 村 番 号 受 給 者 番 号

種類 04 マ

保　険　者　番　号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 き 柄 | | | ○発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | | | | | | |
| 男  ・ 女 | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭・平 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 | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | 自・平成 年 月 日～至・平成 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 円× 回＝ 円  右上肢 円× 回＝ 円  左上肢 円× 回＝ 円  右下肢 円× 回＝ 円  左下肢 円× 回＝ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 施術所 所在地  登録記号番号（又は申し出た施術者登録番号） 名 称 電話  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施術管理者 氏 名 ○印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  平成 年 月 日 〒　　　－  申請者　　住 所  宛 （世帯主）  氏 名　　　　　　　　　　　○印 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 |
|  | | | | |  | | | | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | | |  | | | | |  |

本申請書に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 申請者 住所 代理人 住所

（被保険者） 氏名 ○印 氏名

※ 給付金の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。

※ 施術管理者及び申請者（世帯主）の記名押印は署名でも差し支えありません。

※　この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成 30 年６月 12 日保発 0612 第２号厚生労働省保険局長通知）に従い行われるものです。