

支給額	※	円	支払年月日			常務理事	事務長	課長	係
			令和	年	月	日			

- 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

本・家印

※ 処理区分	償還払い 29
--------	---------

提出日 令和 2 年 11 月 5 日

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号 11 番号 1234	被保険者の(申請者)氏名と生年月日	光学 一郎 (印)			
	事業所名所在地	オリンパス (株) 東京都新宿区西新宿2-3-1			内線 (1234)		
	申請者が扶養者のときはその方の	氏名 光学 三郎	生年 月 日 S・H・R 20 年 4 月 8 日	続柄 父			
	傷病名	脳出血後遺症	発病又負傷の年月日	H・R 1 年 8 月 1 日 (時頃)			
	発病又は負傷の原因及びその経過	脳出血により筋麻痺、関節拘縮が残る		医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		

施術内容欄	初療年月日	平成・令和 2 年 9 月 1 日	施術期間	自・令和 2 年 10 月 1 日～至・令和 2 年 10 月 31 日	実日数	6 日	請求区分	新規・継続 (印)
	傷病名又は症状	脳出血後遺症 右膝右足関節拘縮 右肩方関節痛				転帰 継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ	躯幹 340 円× 6 回= 2,040 円	右上肢 340 円× 6 回= 2,040 円	左上肢 円× 回= 円	右下肢 340 円× 6 回= 2,040 円	左下肢 円× 回= 円	摘要	
	変形徒手矯正術	施術所にて、施術内容を記入して貰ってください。						
	温電法	80 円× 6 回= 480 円						
	温電法・電光線器具	円× 回= 円						
	往療料 4kmまで	2300 円× 6 回= 13,800 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	20,400 円						
施術日 通院○ 往療◎	10 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		
	令和 1 年 10 月 1 日 施術所 所在地 東京都渋谷区幡ヶ谷 ○-△-□ 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名称 ○×治療院 1234567890123 施術管理者 氏名 ○×太郎 (印) 電話 03-567-8901				

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
	鈴木 一郎	東京都渋谷区幡ヶ谷○×	令和 1 年 10 月 1 日	脳出血後遺症	

注)初回、及び6ヶ月(変形徒手矯正術は1ヶ月)を超えて引き続き施術を受ける場合は、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受けて、療養費支給申請書に添付してください。
注)被保険者は全て給与組込みですので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。
また、任意継続者も、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

す振る込 関金を 融希 機望	金融機関名	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	店名	店番号	口座番号	
	口座名義	漢字	カタ	

注)全て給与組込みですので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。(任意継続者を除く)

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 ※ 受付印	
	本人 住所 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎 (印)	
代理人	住所 氏名	印

備考	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/>)
----	--