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

本・家　印

□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）

※　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	(S)・H　45　年　10　月　10　日
	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	□ 受けている（　） ☑ 受けていない	

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	平成・(令和)　2　年　9　月　1　日	自・令和　2　年10　月1　日～至・令和　2年　10月　31日	6　日	新規・(継続)
	傷病名又は症状	脳出血後後遺症　右膝右足関節拘縮　右肩方関節痛		転帰：継続・治癒・中止・転医

施術内容欄					摘要
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	
変形徒手矯正術		円×	回＝	円	
温罨法		80 円×	6 回＝	480 円	
温罨法・電光線器具		円×	回＝	円	
往療料　4 kmまで		2300 円×	6 回＝	13,800 円	
往療料　4 km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	

施術所にて、施術内容を記入して貰ってください。

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。

令和　1年　10月　1日

登録記号番号（又は申し出た施術者登録番号）
1234567890123

施術所　所在地　東京都渋谷区幡ヶ谷　○-△-□
名　称　○×治療院
施術管理者　氏　名　○×　太郎　(印)　電話 03-567-8901

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

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しますので、「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、保険料を引き落と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。

振込を希望する金融機関					
金融機関名		金融機関コード		預金種目	□ 普通　□ 当座
店名		店番号		口座番号	
口座名義	漢字		ｶﾀｶﾅ		

注）全て給与組込しますので、受取代理人の本人欄に記名してください。（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

本人　住所　東京都渋谷区幡ヶ谷1234
氏名　光学　一郎

代理人　住所
氏名

※　受付印

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。
□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　☑）