

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

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 (医師の同意を受けた傷病名)		
				-				年 月 日					
	(フリガナ)							続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名							男・女			○業務上・外、第三者行為の有無		
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						
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 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	軀 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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日								
	変形徒手矯正術	円× 肢×	回=	円							
	温 罨 法	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入						
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円	往療日 . . . 日						
	往療料 4 kmまで	円×	回=	円	往療を必要とした理由						
	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	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	
	年 月 日			所在地		
	免許登録番号			施術所名		
	_____ あん摩マッサージ指圧師			施術管理者名		☎ 電話

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。				
	年 月 日	〒 - 被保険者 住 所 神奈川県自動車販売健康保険組合理事長 殿 (請求者) 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
			年 月 日		

委 任 状	
給付金の受領を下記の者に委任します。	年 月 日
被委任者	住所
	氏名 _____ ☎
申 請 者	
(被保険者)	氏名 _____ ☎