

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		
	平・令 年 月 日							続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過		
	(フリガナ)							男・女			○業務上・外、第三者行為の有無		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名							1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )			1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		
昭・平 年 月 日生													

施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分			
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日～令和 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	摘 要				
			右 上 肢	円×		回=	円					
			左 上 肢	円×		回=	円					
			右 下 肢	円×		回=	円					
			左 下 肢	円×		回=	円					
	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 km まで			円×		回=	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						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	
	令和 年 月 日			所在地			
	免許登録番号			あん摩マッサージ指圧師		施 術 所 名	
				氏名		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。					
	令和 年 月 日 千 一					
東京都歯科健康保険組合理事長 殿			被保険者 住 所 (請求者)			
氏名			電 話			

振 込 先 指 定 口 座 欄	①公金受取口座 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)					
	②支払区分		預金の種類		金融機関名支店番号 ( )	
	振 込		1 : 普通 2 : 当座		銀行 信用金庫 支店 信用組合 農協	
口座名義 カタカナで記入		口座番号				

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	
					令和 年 月 日					

本申請書に基づく給付金に関する受療を代理人に委任します。				令和 年 月 日			
被保険者 住所 (請求者)		代理人 住所		氏名		氏名	
氏名		氏名					

※被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、上記の委任状欄もご記入してください。