

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	○被保険者等記号・番号								○発病又は負傷年月日				○傷病名				
					—					平・令 年 月 日							
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)						続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過						
			男・ 女							1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	○業務上・外、第三者行為の有無 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				軀 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																〒 —															
	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 ☐ 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☑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 振 込																預金の種類 1：普通 2：当座								金融機関名支店番号 () 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。																															
被保険者 住所 (請求者) 氏名																代理人 住所 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。