

療養費支給申請書 (〇 年 〇 月分) (あんま・マッサージ用)

記入例

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					
	1	2	3	4	-	5	6	平・令 〇 年 〇 月 〇 日			脳梗塞後遺症				
	(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 健保 太郎						男 〇 女			不明					
昭・平 〇〇 年 〇 月 〇 日生						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						

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	※施術者等から施術内容欄と施術証明欄の証明を受けてください。	
			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 4kmまで			円×	回=	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					円			

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		施術所名		
	あん摩マッサージ指圧師		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。		〒 〇〇〇-××××	
	令和 〇 年 〇 月 〇 日		被保険者 住 所 豊島区北大塚〇-〇-〇	
東京都歯科健康保険組合理事長 殿		(請求者)		氏 名 健保 太郎 電話〇〇-××××-××××

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☑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 (〇〇〇)	
	振 込		①: 普通 2: 当座		〇×〇× 銀行 〇〇〇 支店 信用金庫 信用組合 農協	
口座名義 カタカナで記入		ケンポ タロウ		口座番号		1 2 3 4 5 6 7

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
	〇〇 〇〇		豊島区北大塚〇-〇-〇	令和 〇 年 〇 月 〇 日	脳梗塞後遺症	3か月

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	

※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。