

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号		特記事項	1 社国 3 後高 2 本外 8 高外-	給付割合
公費受給者番号	令和4年6月施術分以降	2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7	8 9 10	
区市町村番号		種類	04 マ	
受給者番号		保険者番号		

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	
			年 月 日			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
	男・女		○業務上・外、第三者行為の有無			
	明・大・昭・平・令 年		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		実日数	請求区分
	() 年 月 日		日	新規・継続
	傷病名又は症状			転 帰
	マ ッ サ ー			継続・治癒・中止・転医
	温 罎 法 (加 温罎法・電気光線 (加 算		円	摘 要
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可		円	
	往療料 4 kmまで		円	
	往療料 4 km超		円	
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円
	合 計			円
一部負担金 (1割・2割・3割)			円	
請 求 額			円	

請求額について
 ○保険(国保・退職・後期)請求分
 1か月の合計金額(合計欄の金額)に
 保険給付割合を乗じて算出し、1円未
 満の金額は切り捨て、1円単位で記
 載ください。
 ○公費(大阪府福祉医療制度・原爆医
 療)請求分
 公費負担対象額(合計欄の金額から
 保険請求額を差し引いた金額)から一
 部負担金を差し引いた金額を記載く
 ださい。

施術日	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
通院○		
往療◎		

施術証明欄	上記のとおり施術を行った。その費用を領収しました。	保健所登録番号	
	令和 年 月 日 施術所	所在地	
申請欄	氏名欄は被保険者等または患者の署名(手書き)が必要です。(パソコン等による印字は不可です。)	名称	
	※患者の症状により署名ができないなど真にやむを得ない場合に、施術者等が代理記入を行ったときは、患者の押印が必要です。代理記入の方法は、手書きに限らず、パソコン等による印字も可です。	氏名	電話
支払機関欄		住所	
		氏名	電話
同意記録		金融機関名	本店 支店 新 便局
		同意年月日	要加療期間
	令和 年 月 日		

氏名欄への記入はパソコン等による印字でも可です。

氏名欄への記入はパソコン等による印字でも可です。

本申請書	代理人に委任します。令和 年 月 日
申請者 住所	代理人 住所
(被保険者) 氏名	氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。
 ※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。