

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, 公費受給者番号, 区市町村番号, 受給者番号, 特記事項, 給付割合, 種類, 04マ, 保険者番号

被保険者欄: 被保険者資格の記号番号, 発病又は負傷年月日, 傷病名・発症又は負傷の原因及びその経過, 療養を受けた者の氏名, 続柄, 業務上・外、第三者行為の有無

施術内容欄: 初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名及び症状, 転帰

Table with columns for massage types (通所, 訪問), body parts (同意部位, 軀幹, etc.), and costs (円). Includes rows for various massage services and their associated costs.

Table with columns for dates (訪問日) and a grid for days of the month (1-31).

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。 Includes fields for date, location, and manager name.

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。 Includes fields for date and applicant information.

支払機関欄: 支払区分, 預金の種類, 金融機関名, 口座番号, 郵便局

同意記録欄: 同意医師の氏名, 住所, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 Includes fields for applicant and agent names and addresses.

※ 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取ってください。