

決 済	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ用) 【 年 月分 】

被保険者証	記号	番号
療養を受けた被保険者氏名		生年月日 昭・平 年 月 日
組合員との続柄	1 本人 2 家族 3 その他 ()	

施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日	請求区分	新規・継続	転記	治癒・継続・中止・転医	
	施術期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日			実日数	日	
	傷病名または症状						
	原因	1 業務上	2 第三者行為	3 その他	摘要		
	マッサージ	軀幹	円 ×	回 =	円		
		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			
	4km超	円 ×	回 =	円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円 ×	回 =	円				
上記費用金額の合計				円			
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20						
月	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	※通院は○、往療は◎					

施 術 証 明 書	上記のとおり施術を行いました。					
	年 月 日			住所		
	免許登録番号: あんまマッサージ指圧師			氏名 ⑤		
電話番号						

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

振込先口座	銀行・信金 労金・農協		本店・支店			
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、必要書類を添えて申請します。					
	年 月 日			住所		
	組合員 氏名			⑤		
長野県医師国民健康保険組合理事長 殿						

※太枠の中を記入してください

- <添付書類> ①領収書(原本) ②初回および6か月毎に医師の同意書(原本)
③その他費用算定に必要なもの(該当する場合)

給付割合	割	支給額	円
------	---	-----	---