

決裁	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) 【令和 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・令	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	躯幹	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	※通院は○、往療は◎				
	月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
施術証明書	上記のとおり施術を行いました。 令和 年 月 日 住所 免許登録番号: あんまマッサージ指圧師 氏名 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 本店・支店 労金・農協					
	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。 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 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
------	---	-----	---