

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, 1 社国 2 公費, 3 後高 4 退職, 6 本外 6 家外, 8 高外一 0 高外7, 給付割合 8 9 10, 種類 04マ, 保険者番号 06134019

被保険者欄: 被保険者証等の記号番号 (記号) (番号), 発病又は負傷年月日 (年 月 日), 傷病名, 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, 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 ( ) 年 月 日, 施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日, 実日数 日, 請求区分 新規・継続, 傷病名又は症状, 転帰 帰, 継続・治癒・中止・転医, マッサージ (回= 円), 温罨法 (加算) (回= 円), 温罨法・電気光線器具 (加算) (回= 円), 変形徒手矯正術 (加算) (回= 円), 往療料 4kmまで (回= 円), 往療料 4km超 (回= 円), 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) (回= 円), 合計 (円), 一部負担金 (1割・2割・3割) (円), 請求額 (円), 施術日 通院○ 往療◎ 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

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。 令和 年 月 日 施術所 所在地, 登録記号番号 (申し出た施術者登録番号) 名称, 電話番号, 施術管理者 氏名

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。 令和 年 月 日 申請者 (被保険者) 住所 氏名, 〒 住所 氏名, 電話番号

同意記録: 同意医師の氏名, 住所, 同意年月日 (令和 年 月 日), 傷病名, 要加療期間

※資格喪失後等にて受領委任しない場合は、別途「給付金振込依頼書」を添付してください。

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。 令和 年 月 日 申請者 (被保険者) 住所 氏名, 代理人 住所 氏名, 電話番号

関東信用組合連合健康保険組合

※ 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) 場合に記入してください。
※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ 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。