

様式第20号 (第37条関係)

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

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 高外一	給付割合		
公費受給者番号											2 公費	4 退職	4 三外	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	○発病又は負傷の原因及びその経過							
		年 月 日生				○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		施術期間				実日数		請求区分			
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				日		新規・継続			
	傷病名又は症状								転 帰			
									継続・治癒・中止・転医			
	マ ッ サ ー ジ		円×		回=	円	摘 要					
			円×		回=	円						
			円×		回=	円						
			円×		回=	円						
			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						
	往診料 4kmまで		円×		回=	円						
	往療料 4km超		円×		回=	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							

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。										保健所登録区分		1 施術所所在地 2 出張専門施術者住所地	
	年 月 日										所在地			
	登録記号番号 (又は申出た施術者登録番号)										名称		氏名 電話	

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。										〒		
	年 月 日										申請者 住所		
大田原市長 様										(被保険者) 氏名		電話	

支払機関欄	支払区分		口座種別		金融機関		銀行		本店		
	1 口座		1 普通				信金		支店		
		2 現金		2 当座				信組		出張所	
						農協				支所	
(フリガナ)				口座番号							
口座名義											

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		
							年 月 日								

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。										年 月 日	
申請者 住所					代理人 住所						
(被保険者) 氏名					氏名						