

(年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

[illegible]

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 受 け た の 氏 名	(フリガナ)			続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
		男・女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生			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		
	平 成 年 月 日			自・平成 年 月 日～至・平成 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			軀 幹			円×			回＝			円			摘 要										
				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																
	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。				保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地
	平成	年	月	日	施術所	所 在 地
	免許登録番号					名 称
	第	号	あん摩マッサージ指圧師	施術管理者	氏 名	電話
						(印)

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。				
	平成	年	月	日	〒 ー
	_____ 殿		申請者 住 所 (被保険者)	氏 名	☎ 電話

支払機 関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店
	① 振込	2. 銀行送金	①. 普通	2. 当座	尼崎信用		①金庫	長洲	①支店
	3. 郵便局送金	4. 当地払	3. 通知	4. 別段			農協		出張所
	口座名義 カタカナで記入		キョウドウクミアイヒョウゴケンホケンシンキュウシカイダイヒョウリジフジオカトヨオ			口座番号	0763251	郵便局	
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
						平成 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。 平成 年 月 日

申請者 住 所 代理人 住 所 兵庫県尼崎市潮江2丁目17番31号
 協同組合兵庫県保険鍼灸師会
 (被保険者) 氏 名 氏 名 代表理事 藤岡東洋雄

協同組合兵庫県保険鍼灸師会会員用

※ 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。