

(被保険者・家族)療養費支給申請書

(マッサージ用)

(平成 年 月分)

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 3 後高 2 本外 8 高外9 2 公費 4 退職 4 三外 8 高外8 6 家外 0 高外7										給付割合 7 8 9																																																																																																																																											
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										種類 04 マ										保険者番号										被保険者記号・番号																																																																																																																																											
被保険者氏名										(フリガナ)										事業所										名称										所在地																																																																																																																																																															
被保険者住所										郵便番号										(フリガナ)										電話										療養が被扶養者に関するとき										被扶養者氏名										生年月日										明大昭平 治正和成										被保険者との続柄																																																																																																																							
発病の原因及びその経過										業務上・外、第三者行為の有無										初療年月日										施術期間										実日数										入院入院外の別										1. 業務上 2. 第三者行為である ③ その他																																																																																																																																											
平成 年 月 日										自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日										日										①: 入院外 1: 入院										発病又は負傷年月日																																																																																																																																																															
傷病名又は症状										請求区分 新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医 摘要										マッサージ										285 円 × 局所 × 回 = 円										変形徒手矯正術										575 円 × 肢 × 回 = 円										温 罨 法										80 円 × 局所 × 回 = 円										温罨法・電気光線器具										110 円 × 回 = 円										往 療 料 2 km まで										1,800 円 × 回 = 円										加 算 (km)										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. 出張専門施術者住所地																																																																																																																																																					
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																																																																																																																																																					
申請欄										上記の療養に要した費用に関して、療養費（医療費）の支給を申請します。										平成 年 月 日										世帯主住所 組合員住所 被保険者受給者氏名										国民健康保険協会支部 健康保険組合 共済組合 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長殿										氏 名										印																																																																																																																																											
支払機関欄										支払区分 1. 振込										預金の種類 1. 普通 2. 当座										金融機関名										銀行 金庫 農協										本店 支店 出張所										金融機関コード										口座番号										口座名義人										(口座名義人フリガナ)																																																																																																													
委任欄										本請求に基づく療養費（医療費）の受領を下記代理人に委任します。										平成 年 月 日										世帯主住所 組合員住所 被保険者受給者氏名										代理人住所										氏 名										平成 年 月 日提出 受付日付印																																																																																																																																											

〔記入上の注意〕 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 再同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の掲示がある場合にはその期間を〔同意記録欄〕に記入してください。

公益社団法人岡山県鍼灸師会 会員用