

施術者で記入してもらうようお願いします

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用「別紙」)

被 保 険 者 欄	被保険者番号		療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
	平成 令和 年 月 日	自:令和 年 月 日 ~ 至:令和 年 月 日			日	新規 ・ 継続
	傷病名 又は症状					転 帰
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	継続 ・ 治癒
		右上肢	円 ×	回 =	円	摘 要
		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 ×	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		
	費 用 額 計				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。					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> ※氏名はフルネームで記入願います。ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を、ご記入下さい。 </div>					
	令和 年 月 日	住所				
	あん摩マッサージ指圧師 免許登録番号	氏名				
	電話					
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	