

別添1 (様式第6号の2)

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										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							
	(フリガナ)				続 柄				○発病又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				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	
	() 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	
							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		
	温 罨 法 (加 算)	円×		回=	円			
	温罨法・電気光線器具 (加 算)	円×		回=	円			
	変 形 徒 手 矯 正 術 (加 算) ※ 温 罨 法 と の 併 施 は 不 可	右上肢	円×		回=	円		
		左上肢	円×		回=	円		
右下肢		円×		回=	円			
左下肢		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. 出張専門施術者住所地					
	令和 年 月 日	施術所		所在地							
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)				名 称		電 話				
				施術管理者		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。				〒	—					
	令和 年 月 日	申請者		住所		電 話					
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿				(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			金庫		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				口座番号						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
						令和 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。 令和 年 月 日							
申請者 住所				代理人 住所			
(被保険者) 氏名				氏名			

※ 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。