

療養費支給申請書 (31 年 3 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード 1-234-5678

公費負担者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	特記事項	☐ ① 社国 2 公費	3 後高 4 退職	☒ ② 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外8	給付割合		
公費受給者番号	8	7	6	5	4	3	2	1						⑧	9	10
区市町村番号																
受給者番号										種類 04 マ			保険者番号 0 0 0 k y o t o			

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号 12345678 10				○発病又は負傷年月日 H29年10月ごろ				○傷病名 神経痛			
	(フリガナ) マサ タロウ				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 青木 太郎				本人				不詳			
	明・大・⑧・平 59 年 12 月 19 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	
	平成 29 年 11 月 1 日		自・平成 31 年 3 月 4 日～至・平成 31 年 3 月 13 日						5 日		新 ☒ 規 ・ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状		頸椎捻挫後遺症 その他症状								転 帰	
											⑧ 継続・治療・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹		340 円×	6 回＝	2040 円			摘 要 摘要 1		
			右上肢		340 円×	6 回＝	2040 円					
			左上肢		340 円×	回＝	円					
			右下肢		340 円×	6 回＝	2040 円					
			左下肢		340 円×	回＝	円					
	変 形 徒 手 矯 正 術				565 円×	2 肢×	6 回＝	1130 円				
	温 電 法				80 円×	4 回＝	320 円					
	温電法・電気光線器具				110 円×	2 回＝	220 円					
	往療料 4 km まで				1800 円×	6 回＝	10800 円					
	往療料 3 4 km 超				800 円×	6 回＝	4800 円					
施術報告書交付料 (前回支給:2019年1月分)				300 円×	回＝	300 円						
合 計						26990 円						
一部負担金 (1 割・② 割・3 割)						5398 円						
請 求 額						21592 円						
施術日 通院○ 往療○		3 月	1 2 3 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。 療養費の受領を下記の代理人に委任します。 平成 31 年 3 月 13 日 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)						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			
	263456789012AW						所在地 京都市伏見区桃山町真齊 1-8-704 鏡欄名称 名 称 氏 名 施術担当 A 電話 090-1234-6666					
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 31 年 3 月 13 日						6 0 6 8 2 1 5					
	京都府保険協会 殿						申請者 住所 京都市左京区田中上玄京町 1 2 3 (被保険者) 氏 名 電話 075-123-4567					
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 3. 郵便局送金	2. 銀行送金 4. 当地払	① 普通 3. 通知	2. 当座 4. 別段	三井住友		① 金庫 農協	伏見	支店	出張所		
口座名義 カタカナで記入		マサ タロウ		口座番号		1 2 3 4 5 6 7 8		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			
	山田 太郎		京都市伏見区桃山町真齊		平成 30 年 3 月 9 日		神経痛		2か月			

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 31 年 3 月 13 日

申請者 住所 京都市左京区田中上玄京町 1 2 3

代理人 住所 委任状代理人住所 京都府京都市

(被保険者) 氏名

氏名 委任状代理人 氏名 A

※ 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)の記入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、受領委任の取扱規定(平成 30 年 6 月 12 日保業 0612 第 2 号通知)に従い行われるものです。