

保 險 者 欄	決 手 続 欄						申請年月日								
	保 險 者 番 号					支 給 申 請 書 整 理 番 号					療養区分	資 格	特 定	給 付	一部負担金
	法制番号		区 分					あんま・ マッサージ	証 明 書	疾 患	割 合	認 定 証	減 額	減 免	
	一般	退職	本人	家族	6歳	高(一定以上)	高(一般)						1	1	1
	75	67	1	2	3	7	9	4	1	1		1	1	2	

国民健康保険療養費支給申請書(あんま・マッサージ) (月分、第 回)

被 保 険 者 欄	被保険者証記号番号	個人番号	療養を受けた者の氏名	性別	生年月日	続柄
			男・女		昭 平 年 月 日生	
	傷 病 名	発病又は負傷年月日	発病又は負傷の原因及びその経過	業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無		

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間	実日数	請求区分	転 帰	
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日	新規・継続	治癒・中止	
	傷病名又は症状			左記傷病の初診年月日		
	マッサージ			円 × 局所 × 回 = 円	摘 要	
	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 加 算 (km)			円 × 回 = 円			
合 計			円			

施術日	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
-----	---

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

平成 年 月 日 住所 _____

あん摩マッサージ指圧師 氏名 _____ 印 電話 () _____

上記のとおり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 住 所 _____

世帯主 氏名 _____ 印 電話 () _____

個人番号 _____

支 払 方 法	1 現金	振 込 先	銀行	支 店	金融機関コード	_____	
	2 口座振込		信金		種 別	口 座 番 号	口座名義人 (カタカナで記入)
			信組	支 所	1 普通		
			農協		2 当座		

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
			年 月 日		
再 同 意 記 録	再同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間
			年 月 日		

備 考 欄	決 定 欄	費 用 額		円	
		負 担 区 分	支 給 決 定 額 (保険者負担額) 1		
			一 部 負 担 金 2		
			他法	他法優先 3	
		負担分	国保優先 4		

記入上の注意

- 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項を記入して下さい。
- 初療の日から3か月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。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、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。