

保 險 者 欄	決 裁 欄		申請年月日		決 裁 年 月 日							
	保 險 者 番 号		支給申請書整理番号		療養費区分	資 格 証 明 書	特 定 疾 病	給 付 合 割	一部負担金			
	法制番号		区 分						減 額 認 定 書	減 免	減 免	
	一般	退職	本人	家族	3歳未満	高(一定以上)	高(一般)	あんま・マッサージ	1	1	1	2
	75	67	1	2	3	7	9	4	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) (1月分、第4回)

被 保 險 者 欄	被保険者証記号番号	療養を受けた者の氏名	性別	生年月日	続柄
	123-456789	下野 太郎	男・女	平 25年 1月20日生	本人
	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
	腰痛	平 19年 1月 20日	不詳		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	転 帰	
	19年 2月 5日	自 20年 1月 6日 ~ 至 20年 1月 30日	10日	新規・継続	治療・中止	
	傷病名又は症状				左記傷病の初診年月日	
	マ ッ サ ー ジ				年 月 日	
	変形徒手矯正術				円× 回= 円	
温 罌 法				円× 回= 円		
温罌法・電気光線器具				円× 回= 円		
往 療 料				円× 回= 円		
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 ⑰ 20 ⑱ 22 ⑳ 24 ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
-------	--

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。				
	平成 年 月 日	住 所 下野市小金井〇〇〇〇-1			
	あんまマッサージ指圧師		氏 名	下野 三郎	印

請 求 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 年 月 日	住 所 下野市小金井〇〇〇〇			
	世帯主		氏 名	下野 太郎	印

支 払 方 法 欄	1 現 金 振 込	銀行 下野 信金 信組 農協	支店 支所	金融機関コード		
	②口座振込			種 別	口 座 番 号	口座名義人(カタカナで記入)
				①普通	123456	シモツケ タロウ
同 意 記 録 欄	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間	
	再同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間	

備 考 欄	決 定 欄	費 用 額		円
		負担	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。