

保 險 者 欄	決 裁 手 続 欄						申請年月日					
							決裁年月日					
	保 険 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	
											減額 認定証	減免
	法 制 番 号		区 分				あんま・ マッサージ	証 明 書	疾 患	割 合		
一般	退職	本人	家族	未就学	高(一定以上)	高(一般)					1	1
75	67	1	2	3	7	9	4	1	1			

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 令 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																							
			年 月 日				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																							
	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																						
施 術 内 容 欄	傷病名又は症状		左記傷病の初診年月日																											
			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 電 法		円× 回=		円																									
温電法・電気光線器具		円× 回=		円																										
往 療 料 加 算 (km)		円× 回=		円																										
合 計				円																										
施 術 証 明 欄	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。																													
	令和 年 月 日		住所 _____																											
	あん摩マッサージ指圧師		氏名 _____ 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。																													
令和 年 月 日		住所 _____																												
壬生町長 小菅 一弥 様		氏名 _____ 電話() _____																												
		個人番号 _____																												

支 払 方 法 欄	1 現金		振 込 先		銀行		支 店		金 融 機 関 コー ド		
	2 口座振込				信 金		支 所		種 別		
				信 組				1 普 通		口 座 番 号	
				農 協				2 当 座		口 座 名 義 人 (カタカナで記入)	
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		
					年 月 日						
	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		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6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。