

保 險 者 欄	決 裁 手 続 欄						申請年月日							
	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	
	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	6 歳	高 (一 定 以 上)	高 (一 般)	1	1		1	1		
	75	67	1	2	3	7	9						4	

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 險 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 欄	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																									
施 術 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																							
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 罨 法	円 × 回 =		円																											
	温罨法・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	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。																														
申 請 欄	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。																														
支 払 方 法 欄	平成 年 月 日 住所 _____																														
	壬生町長 小菅一弥 様 氏名 _____ 印 電話( ) _____																														
	個人番号 _____																														
同 意 記 録 欄	1 現金	振 込 先	銀行 信金 信組 農協		支 店 支 所	金 融 機 関 コー ド		種 別		口 座 番 号		口 座 名 義 人 ( カ タ カ ナ で 記 入 )																			
	2 口座振込					1 普 通																									
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																										
同 意 記 録 欄	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 負 担 分	他 法 優 先 3																											
				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。