

第1号の3様式（第2条関係）

国民健康保険療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
	島 2 -		年 月 日			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		男 ・ 女		○業務上・外、第三者行為の有無		
	年 月 日生		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
	() 年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続
	傷 病 名 又 は 症 状					転 帰
						継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回＝	円	摘 要
		右上肢	円×	回＝	円	
		左上肢	円×	回＝	円	
	右下肢	円×	回＝	円		
	左下肢	円×	回＝	円		
	温 電 法 (加 算)	円×	回＝	円		
	温電法・電気光線器具 (加 算)	円×	回＝	円		
	変 形 徒 手 矯 正 術 (加 算) ※温電法との併施は不可	右上肢	円×	回＝	円	
		左上肢	円×	回＝	円	
		右下肢	円×	回＝	円	
	往療料 4 km まで	円×	回＝	円		
	往療料 4 km 超	円×	回＝	円		
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×	回＝	円		
合 計		円				
施術日 通院○ 往療◎	月	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。		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	
	年 月 日		住 所			
申 請 欄	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		氏 名 印 電 話	
	年 月 日		住 所			
支 払 機 関 欄	預金の種類		金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	1. 普通 2. 当座					
同 意 記 録	口 座 名 義 カタカナで記入		口 座 番 号			
	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	