

障がい・ひとり親・一負助成 医療費支給申請書
国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)
(令和 年 月分) (マッサージ用)

会員番号

本人
三歳未満
家族
高齢9
高齢8

区市町村番号		保険者番号			
受給者番号		被保険者記号・番号			
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	被保険者氏名 (世帯主・組合員)		
	男 女		発症又は負傷の原因及びその経過		
明・大・昭・平・令	年 月 日生				
施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	業務上・外、第三者行為の有無	
	年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
	傷病名又は症状			発症又は負傷年月日	
				年 月 日	
	マッサージ	円× 局所× 回=	円	請求区分	
				新規・継続	
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回=	円	転帰	
				継続・治癒・中止・転医	
	温罨法	円× 回=	円	摘要	
	温罨法・電気光線器具	円× 回=	円		
	往療料 4kmまで	円× 回=	円		
	往療料 4km超	円× 回=	円		
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円× 回=	円		
合計	公費負担額 (割) 円	円			
一部負担金 (1割・2割・3割)		円			
請求額		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		
	令和 年 月 日 免許登録番号 _____ 住所 あん摩マッサージ指圧師 氏名 ㊞ 電話				
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費(医療費)の支給を申請します。				
	令和 年 月 日 住所 〒 世帯主 受給者 対象者 氏名 ㊞ 電話 大阪市長 様				
支払機関欄	支払区分 1. 口座振替 2. 窓口払	預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. その他 ()	金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	口座名義	口座番号			
委任欄	本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します。				
	令和 年 月 日 世帯主 住所 〒 受給者 氏名 ㊞ 対象者 住所 代理人 氏名				
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
			令和 年 月 日		

記入上の注意

1. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。