

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)
(平成 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 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
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 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
	マッサージ	円× 局所× 回=	円	年 月 日
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回=	円	請求区分
	温電法	円× 回=	円	新規・継続
	温電法・電気光線器具	円× 回=	円	転帰
	往療料 4km まで	円× 回=	円	継続・治癒・中止・転医
	往療料 4km 越	円× 回=	円	摘要
	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
	平成 年 月 日	住所	ⓧ 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。			
	平成 年 月 日	住所 〒	ⓧ 電話	
支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	本店 支店 出張所
	1. 口座振替 2. 窓口払	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. その他 ()	銀行 金庫 農協	
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。			
	平成 年 月 日	世帯主 受給者 対象者 氏名	住所 〒	ⓧ
代理人 氏名		住所		
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名
			平成 年 月 日	要加療期間

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等を記入して下さい。
- 初療の日から3箇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、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」欄に記入してください。