療養費支給申請書(令和 年 月分) (あんま・マッサージ用)

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保	被保険者等 記号·番号	記号 ××	XXX 番号	×××××	被保険者 氏名	伯	重 健太	事業所名	株式会社〇〇〇〇		
険 者 記	療養を受け	フリガナ 	スミジュウ 上重 健太		続柄 家族は(続柄		傷病名 (医師の同意を受けた傷料	病名)	××××	×	
	た者の氏名	生年月日 昭和・平成		・ 令和 ×× 年	2. 家族 ×× 月		発症または負傷の原因及びその経過		××××××		
入欄	業務上、第三 者行為の有無	務上、第三 1. 業務上 3. その他		発病又は負傷年月日 令和××年××月××日		施術した場所 ※入居施設や住所地特例等、 保険証等住所地と異なる場合に記載		×××施術所(東京都品川区×××-×)			
		初療年月	施 術 期		間		実日数 請求区分				
施	令和 施 施										
内容		施術所に記入を依頼してください。									
欄	往場施術										
施	施術日 通所〇 往療◎ ○往療又										
術証	令種										
明欄	免許登録	録番号 		あ/	んまマッサーシ	7指圧師	氏名		電話		
申				養費の支給を申請	します。	申請者	〒 ××× - ×××× 住所 亩 市 都 5	- 데III -			
請欄	IPAH A	(被保険者)					住所 東京都品川区大崎×-×-× 氏名 住重 健太				
同	同意	医師の氏名		住	所		同意年月日		傷病名	要加療期間	
意記録		×××		東京都品川区×	××-×>	×-××	令和×年×× 月×	×日	××××××	令和×年×月×日~ 令和×年×月×日	
振	※事業所(会社)を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。								普通預金		
込 先	口座番号			L 1 AGE			口座名義 ※カタカナで記み		🛆 🖂 🖽 🕅 ///	and Nimy A sale	
11 11 12 12 12 12 12 12										健保使用欄	
*		事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されて 「験者」 「氏 名					ている方は記入不要。 ※自署できない場合は捺印が	心亜です	一 令和 年 月分 支払年月日 令和 年 月		
委任状		理人 所 在 地 この棚は会社が押印します						<i>∞</i> ∞ (9°			