

○子ども
○障害者
○母子・父子家庭

医療費支給申請書

(該当のものを○でかこんでください)

(あん摩・マッサージ指圧師用)

(あて先) _____ 長

施術機関番号 2 3 7

保険者番号

記号・番号

受給者番号

受給者の氏名

受給者の生年月日

受給者の住所

年 月 日

傷病名

発病又は負傷年月日

発病又は負傷の原因およびその経過

年 月 日

初療年月日 施術期間 実日数

年 月 日 自・年 月 日～至・年 月 日 日

傷病名又は症状

マッサージ

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円× 回= 円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

施術者証明欄

同意記録

申請者委任欄

本人申請欄

備考

【記入上の注意】