

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

Header information table including public fee payer/receiver numbers, district numbers, and insurance numbers.

Table for insured person details: name, sex, date of birth, medical condition, and treatment location.

Table for treatment period: start date, end date, actual days, and request type (new/continued).

Main table for treatment details: massage types, frequency, charges, and a calendar for treatment dates.

Table for treatment proof: date, location, manager name, and contact information.

Table for application details: date, applicant name, and address.

Table for payment details: payment method, bank name, and branch information.

Table for consent: doctor's name, address, date, and injury details.

Table for agent appointment: date, applicant address, and agent information.

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。
※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。