

被 保 険 者 欄	保険者番号		発病又は負傷年月日		傷病名		
	被保険者証記号・番号		年 月 日				
	療養を受けた者の個人番号						
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		続柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
		男・女			業務上・外、第三者行為の有無		
	昭・平		年 月 日生	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他			
資格区分		一般		退職本人		退職扶養	
施 術 内 容 欄	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				請 求 区 分 新 規 ・ 継 続		
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円×	回=	円	療養に要した費用 円
			右上肢	円×	回=	円	
			左上肢	円×	回=	円	一部負担金 円
			右下肢	円×	回=	円	
			左下肢	円×	回=	円	
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円	
	温 罨 法		円×		回=	円	請 求 額
温罨法・電気光線器具		円×		回=	円	円	
往療料 4kmまで		円×		回=	円	(摘要)	
往療料 4km超		円×		回=	円		
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)					円		
合 計					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。 年 月 日		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		
	免許登録番号 _____ あんま・マッサージ指圧師		住 所 氏 名		☎ 電話		
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 年 月 日		申請者 住 所 氏 名		☎ 電話		
	宇和島市長 様		(世帯主) 個人番号				
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名		銀行	本店	
	振込	普通・当座			金庫	支店	
					農協	出張所	
口座名義(カタカナ)				口座番号			
ゆうちょ銀行の場合は記号・番号を記載				記号	番号		
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		
					年 月 日		
傷 病 名		要加療期間					

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者 住所  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

代理人 住所  
氏名 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請書名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。