

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 年 月 日 平成
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		メールアドレス	
	療養を受けた者の氏名			療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	発症または負傷の原因			交通事故等で第三者が原因か	いいえ ・ はい

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平・令 年 月 日	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日	日	新規・継続
傷病名または症状			転帰
			継続・治癒・中止・転医
マッサージ	躯幹 円 × 回 = 円 右上肢 円 × 回 = 円 左上肢 円 × 回 = 円 右下肢 円 × 回 = 円 左下肢 円 × 回 = 円		摘要
変形徒手矯正術	円 × 回 = 円		
温電法	円 × 回 = 円		
温電法・電気光線器具	円 × 回 = 円		
往療料 4kmまで	円 × 回 = 円		
往療料 4km超	円 × 回 = 円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 × 回 = 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		

施術証明書	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 登録記号番号(申し出た施術者登録番号) 施術所 所在地 名称 電話 _____ 施術管理者 氏名
-------	---

備考	
同意記録	同意医師の氏名 住所 同意年月日 傷病名 要加療期間 令和 年 月 日

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日
	被保険者(申請者) 氏名 代理人(実際に給付を受領する者) 氏名

振込先情報	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店	支店番号
	預金種別	普通 口座番号 当座 その他()	口座名義(カタカナ)

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	受付日付印
----	--	-------