

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）

※1か月ごとに申請してください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証	記号		番号					
	(2) 被保険者	氏名			(3) 被保険者が勤務する(していた)部署 支社、関連会社の 名称				
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)						
	(4) 療養を受けた方	氏名			(5) 被保険者との続柄				
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)						
	(6) 傷病名				(7) 発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日			
	(8) 発病又は負傷の原因および経過	*なるべく詳しく記入してください							
	(9) 医療機関の有無	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名) 受診時期 <input type="checkbox"/> なし							
	(10) 施術内容								
	(11) 診療期間	自 平・令 年 月 日	至 平・令 年 月 日	日間	(12) 施術に要した額	円			
(13) 第三者の行為による負傷があるとき	その事実と届出の有無				加害者の氏名				
					加害者の住所				
(14) 振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。							
	退職者	※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。							
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)			
			普通						
施 術 者 （ は り 師 ・ き ゆう 師 ） 記 入 欄 （ 保 険 適 用 分 ）	初療年月日	平・令 年 月 日	施術期間	自 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
				至 令和 年 月 日	転帰	日	継続・治療・中止・転医		
	マ ッ サ ー ジ	軀幹	円×	回=	円	摘要			
		右上肢	円×	回=	円				
		左上肢	円×	回=	円				
		右下肢	円×	回=	円				
		左下肢	円×	回=	円				
	温電法	円×	回=	円					
	電療料(電気針・電気温灸器・電気光線器具)	円×	回=	円					
	変形徒手矯正術	円×	肢×	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)	円×	回=	円					
	合計		円						
	施術日	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。								
	令和 年 月 日								
免許登録番号	所在地	施術所	名称	氏名	電話番号	()			
	あんま・マッ サージ指圧師								
同 意 記 録	同意医師の住所・氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間					
	住所 氏名	令和 年 月 日							
申 請 欄	(16) うえのとおり申請します。								
	令和 年 月 日								
	TEL ()								
〒									
住所									
被保険者のフリガナ									
氏名									

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

受付日付印