

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

(年 月分)

被 保 險 者 欄	被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名		所属			
	被保険者 住所	〒 電話 ()						
	療養を 受けた 対象者	氏名	続柄	生年月日 年 月 日				
	発病・負傷 の 詳細	発症・負傷原因	傷病名	発病年月日 年 月 日				
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分		
	年 月 日	自	至	日	日	新規・継続		
	傷病名又は症状				転 帰 継続・治癒・中止・転医			
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	円× 回＝		円	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">受付日</div>		
		右上肢	円× 回＝		円			
		左上肢	円× 回＝		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			
	合 計				円			
一部負担金(1割・2割・3割)				円				
請 求 額				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					
通院○往療◎								
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。				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		
	年 月 日		施術所 所在地	名称 登録記号番号 _____ 施術管理者 氏名 () ㊟				
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			
			年 月 日					

※被保険者欄と振込口座欄は被保険者が、それ以外の項目は施術者が記入してください。

上記のとおり申請します。

振 込 口 座	在職中の方	私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。	被保険者氏名
	任意継続の方	任意継続資格取得申請書の記載口座への振込に同意します。	

<健保組合記入欄>

基準額	負担割合	支給額	円	常務理事	事務長	担当者
	7割・8割・9割	内訳 療養費	円			
	円	付加金	円			