

健康保険 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)

平成 ○年 ○月分

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	0 0 0 - 0 0 0 0 0 0	事業所名称	○○○○株式会社○○工場			
	被保険者氏名・捺印	ワガナ ミツビシ タロウ	住所	○○県○○市○○町1-1			
	療養を受けた者の氏名	三菱 愛子	生年月日	昭・平	続柄	妻	
	傷病名	脳出血		発病又は負傷年月日	平成	○○年 ○○月 ○○日	
	発病の原因及び経過	脳出血により半身麻痺の後遺症がある		業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他			
	被保険者振込先口座	預金の種類 1. 普通	金融機関名 △△	銀行 金庫 農協	××駅前		本店 支店 出張所
	口座番号	1 2 3 4 5 6		口座名義 カナ	ミツビシ タロウ		
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	
	△△ △△	○○県○○市△△町1-1		平成 ○○年○○月○○日	脳出血	3ヶ月	

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ	初療年月日	自・平成	年	月	日	実日数	請求区分				
	年 月 日	至・平成	年	月	日	日	新規・継続				
	傷病名または症状					転帰 継続・治癒・中止					
	施術内容欄	マッサージ	回	円							
		変形徒手矯正術	回	円							
		温電法	回	円							
		温電法・電気光	回	円							
		往療料	回	円							
		加算 (km)	回	円							
		費用額計							円		
施術日 通院○ 往療◎	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。					保健所登録区分					
	平成 年 月 日					1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地					
	住所 氏名 電話番号						免許登録番号				

上記のとおり申請いたします。

提出日： 平成 年 月 日

受付年月日

【添付書類】 ●領収書(原本)

●初めて治療を受ける場合は、医師の同意書(原本)

※初療日または医師の同意日から3ヶ月経過した時点において更に施術を受ける場合は医師の再同意が必要です。