

被保険者 療養費請求書 (あんま・マッサージ用)
 家 族

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名) <u>〇〇〇〇〇〇(株)</u> に委任します。				
	令和 〇〇 年 〇〇 月分 (暦月ごと)				
	被保険者証 記号-番号	00 - 123456	氏名	健保 太郎	
	被保険者 住 所	〒000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			TEL (000) 000 - 0000
	所 属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			(ポストNo. A100) TEL (000) 000 - 0000 (内線 00000)
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	健保 花子	生年 月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 続柄 妻
	傷 病 名 (医師の同意を 受けた傷病名)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		発病又は 負傷年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前 〇〇時頃
	発病又は 負傷の原因 (具体的に)	(どこで) (どうした)……具体的に 業務上の負傷ですか。(はい <u>いいえ</u>) 第三者の行為によるものですか。(はい <u>いいえ</u>)			
	同意 記録	同意医師の 氏名	松田 太郎	同意年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 要加療期間 指示があったときのみ ご記入ください
		住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		傷病名 〇〇〇〇〇〇〇

あんまマッサージ指圧師 記入欄							
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	転帰	
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日～令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		日	新規・継続	治癒・中止	
	傷病名または症状					摘要	
	マ ッ サ ー ジ	軀 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	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円		
	温 罨 法	円×		回=	円		
	温罨法・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◎	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	保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地			上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。			
	あんまマッサージ指圧師 免許登録番号			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	所在地 施術所名 氏名 印 TEL() -		

【注意事項】
 記入・添付書類については裏面をご確認ください。

受付印

支 給 決 定 欄	給付対象額	円	常務理事	事務長	係
	支給決定額	円			