

被保険者
家族

療養費請求書 (あんま・マッサージ用)

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、マツダ株式会社に委任します。						
	令和 ○○年 ○○月分 (暦月ごと)						
	健康保険 記号-番号	1- 123456	氏名	健保 太郎			
	被保険者 住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○			TEL(000) 000 - 0000		
	所属	○○○○○○○○○○○			(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	昭和 平成 令和 00年 00月 00日	続 柄	妻
	傷病名 (医師の同意を 受けた傷病名)	○○○○○○○○○		発病又は 負傷年月日	平成・令和 00年00月00日	午前・午後 00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 いいえ) 第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)					
	同意 記録	同意医師の 氏名	松田 太郎	同意年月日	平成 令和 00年 00月 00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	○○○○○○○○○○○		傷病名	○○○○○○○○○		

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 令和 年 月 日	令和 年 月 日～令和 年 月 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○	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	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 年 月 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			