

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発症又は負傷年月日		○傷病名																											
	記号	番号	年	月	日																											
	療養を 受けた 者の氏 名	(フリガナ)		性別	○発症又は負傷の原因及びその経過																											
				男・女																												
		続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																													
生年月日:		年	月	日	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																											
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・ 年 月 日～至・ 年 月 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	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																										
	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
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. 出張専門施術者所在地																											
	年 月 日			住所:																												
	免許登録番号 _____			氏名:																												
(あん摩マッサージ指圧師)			電話:																													
申 請 書	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																															
	年 月 日		〒 -																													
曙ブレーキ工業健康保険組合 理事長 殿		申請者 住所:		電話																												
(被保険者) 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																													
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日																																
申請者 (被保険者)		住所																														
		氏名																														
代理人		住所																														
		氏名																														