

療養費支給申請書 (○○ 年 4 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 1 番号 2345		○○年 4 月 10 日		腰痛症																											
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) アケボノ ケンコ		性別	○発症又は負傷の原因及びその経過																											
曙 健子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	○○年 4 月 9 日に激痛があり医者にかかり現在に至る																													
施 術 内 容 欄	生	施術所で記載					続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																								
	初療年																															
	年																															
	傷病名																															
	変																															
	温罨法																															
	往																															
	往																															
	施術(前回支給)																															
	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 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																											
	免		施術所で記載																													
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 5 月 10 日		〒348-8501																													
曙ブレーキ工業健康保険組合 理事長 殿		(被保険者)		住所: 埼玉県羽生市東 5-8-3		氏名: 曙 健子	電話: 048-561-3575																									
同 意 記 録	施術所で記載																															
	療期間																															
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 5 月 10 日																																
申請者 (被保険者)		住所 埼玉県羽生市東 5-8-3																														
		氏名 曙 健子																														
代理人		住所																														
		氏名																														