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	○被保険者等記号・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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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
		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

摘　要

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
	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　　〒　　－ 申請者　住所： 曙ブレーキ工業健康保険組合　理事長　殿　（被保険者）　氏名：　　電話

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