療養費支給申請書（　〇〇　年　4 月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	〇被保険者証等の記号番号	〇発症又は負傷年月日	〇傷病名
	記号　1　　番号　2345	〇〇年　4　月　10　日	腰痛症

療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アケボノ　ケンコ	性別	〇発症又は負傷の原因及びその経過
	曙　健子	男 (女)	〇〇年 4 月 9 日に激痛があり医者にかかり現在に至る
		続柄	〇業務上・外、第三者行為の有無
	生		

施術内容欄

初 療 年

年

傷病名又

変

温罨法

往療

往

施術

（前回支給 年 月分）

施術所で記載

合　計		円

施術日 通院〇 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

免許

（

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。

〇〇年　5 月　10 日　　〒348－8501

申請者　住所：埼玉県羽生市東 5-8-3

曙ブレーキ工業健康保険組合　理事長　殿　（被保険者）　氏名：曙　健子　　電話 048-561-3575

同意記録

同意医師の氏名　分所　同意年月日　傷病名　理由療期間

施術所で記載

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。　〇〇　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