

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(あんま・マッサージ用)

被保険者 (本人) が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者が勤務する (していた) 事業所の	名称 所在地	電話	
	傷病名	発病又は負傷原因 及びその経過				
	発病又は負傷 の年月日	年 月 日				
	第三者の行為 による負傷で あるとき	その事実 と届出の 有無	加害者の氏名			
			加害者の住所		〒	
	被扶養者に関する 申請のとき	氏名	生年 月日	昭・平・令	年 月 日	被保険者 との続柄
	振込希望銀行	銀行		支店	(フリガナ)	
		(普通 当座No.)			口座名義人	
	以下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					
	住所 被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名 ㊞					

あんま師・ マッサージ師 が記入するところ	初療年月日	年 月 日	施術期間	年 月 日～ 年 月 日	実日数	日	請求区分	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	4 kmまで	円×	回=	円				
	4 km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. 出張専門施術者住所地			
	年 月 日	免許登録番号	住所	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					