

| | |
|-------|--------------------------|
| 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 | | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | |
| | 年 月 日 | | 年 月 日～ 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 | |
| | 施 術 内 容 | マッサージ | 軀 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 | | | | |