

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	○○株式会社 〒○○○-○○○ 東京都○○○ ○-○-○	電話 ○○○○-○○○
	傷病名	脳出血による筋麻痺		発病又は負傷原因 及びその経過	脳出血による後遺症。右半身麻痺により歩行困難。	
	発病又は負傷 の年月日	平成○○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 年 月 日	被保険者 との続柄	
	振込希望銀行	○○銀行 普通 当座No. ○○○○○○○○		○○支店 (フリガナ)	ケンポ タロウ 口座名義人 健保 太郎	
	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。				〒 ○○○-○○○	平成○○年 ○月 ○日
					住所 東京都○○○ ○-○-○	
	被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿				氏名 健保 太郎	㊟

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
	施 術 内 容 欄	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			
		変形徒手矯正器	円×	回=	円				
		温罨法	円×	回=	円				
		温罨法 電気治療器具	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						

あんま・マッサージ師の方に  
記入の依頼をさせていただきます