

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 記 入 欄	○被保険者証の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名															
	—		年 月 日																	
	療養を受け た者の氏名			続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過															
				男 ・ 女																
		昭・平・令 年 月 日生			○業務上・外,第三者行為の有無															
				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	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 k m まで		円×		回＝		円													
	往療料 4 k m 超		円×		回＝		円													
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給： 年 月 分)						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。 年 月 日 住 所 あん摩マッサージ指圧師 氏 名 ㊞ 電話																			
	申 請 欄	上記療養に要した費用に関して、療養の支給を申請します。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 朝信健康保険組合理事長 殿 ㊞																		
委 任 状		私は、事業主を代理人と定め、上記請求に基づく受領に関することを委任する。 年 月 日 被保険者住所 氏 名 ㊞ 代 理 人 住 所 氏 名 ㊞																		
	備 考																			
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								