

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)

年 月 分

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号	番号	事業所の名称		
	被保険者氏名			所属	(内線: )	
	発病・負傷の 年月日	年	月	日	傷病の経過	
	発病・負傷の 原因					
	傷病名					
	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	
	扶養者に関する 申請のとき	氏名		続柄	生年月日	年 月 日
	上記のとおり申請いたします。					年 月 日
	日新電機健康保険組合理事長殿					
				被保険者	住所	
				氏名	(印)	

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	転帰									
		年 月 日	自: 年 月 日	至: 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止									
		傷病名または症状														
		マッサージ	軀 幹	円 ×	回 =	円										
			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										
		温巻法	円 ×	回 =	円											
	温巻法・電気光線器具	円 ×	回 =	円												
	往療料 2kmまで	円 ×	回 =	円												
	加算( km)	円 ×	回 =	円												
	費用額計				円											
	施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
通院○往療◎	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																
施 術 証 明 欄	あんま・マッサージ師・指圧師		〒		住所		氏名		(印)							
	免許登録番号		電話番号													
	同意医師の氏名	住所		同意年月日		傷病名										
	要加療期間	~														
摘要																

- (注意事項) 1. 各施術月毎(1カ月毎)申請者毎に、1枚申請下さい。また施術を受けるごとに発行される領収書原本を全て添付下さい。  
 2. 初療(初診)時、及びその後3ヶ月毎に医師同意書を添付下さい。  
 3. 往療がある場合は往療を必要とした理由を摘要欄に記載下さい。

私の受ける上記給付金の受領方を日新電機株式会社 社長 \_\_\_\_\_ に委任します。

支給決定及び支給決議額

常務理事	事務長	係	支給年月日	法定給付	付加給付	合計
			年 月 日			