

療養費支給申請書 (令和3 年 3 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	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇	被保険者(申請者)氏名と印	健保 太郎		健保																									
	社員番号	〇〇〇		所属会社名	GEジャパン株式会社																											
	療養を受けた者の氏名	ケンポ タロウ		続柄	本人	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																						
	発病又は負傷年月日	平成 令和	3 年 3 月 15 日	傷病名	脳出血による筋肉麻痺																											
	発症又は負傷の原因及びその経過	脳出血による後遺症			業務上・外、第三者行為の有無																											
				1. 業務上	2. 第三者行為	3. その他																										
支払金融機関	金融機関名	三井住友 銀行 金庫 農協 飯田橋 本店 支店 出張所		預金の種類	1. 普通 2. 当座		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇																								
					口座名義(カナ) (被保険者名義)	ケンポ タロウ																										
施術内容欄	初療年月日	平・令 年 月 日		施術期間	自平・令 年 月 日～至平・令 年 月 日		実日数	請求区分																								
	傷病名又は症状					日	新規・継続																									
							転 帰																									
							継続・治癒・中止・転医																									
							摘 要																									
							マッサージ																									
							あんま・マッサージ師・指圧師 記入欄																									
						変形徒手矯正術																										
						温電法																										
						温電法・電気光線器																										
往療料 2kmまで		円×		回=	円																											
加算 (km)		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。						令和 年 月 日 住所																									
	あん摩マッサージ指圧師						氏名						☎ 電話																			
備考																																
	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																							
同意記録				令和 年 月 日																												

受付日付印