

健康保険

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)

被保険者の欄	被保険者の	記号 9999	番号 9999	氏名 渋谷 一郎	生年月日 昭・平 43年 4月 1日
	事業所の名称	〇〇〇〇セメント株式会社			☎ 03-1234-5678
	療養を受けた者の氏名 (生年月日)	(フリガナ) シブヤ イチロウ 渋谷 一郎 (昭・平 43年 4月 1日)	続柄 本人	○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) ○発症又は負傷の原因及びその経過 (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入) ○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	
申請欄	上記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 申請者 住所 東京都〇〇〇〇〇〇 (被保険者) セメント商工健康保険組合理事長 殿 氏名 渋谷 一郎 ①☎ 03-1111-2222				
委任状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、××年 ×月 ×日請求した療養費(本人・家族)の受領方を委任します。 ××年 ×月 ×日 被保険者の 住所 東京都〇〇〇〇〇〇 氏名 渋谷 一郎 ①☎ 代理人の 住所 東京都渋谷区〇〇〇〇〇〇 (受領責任者) 氏名 〇〇〇〇セメント株式会社 セメント太郎 ①☎				
◆任意継続および資格を喪失されている方の申請で、上の代理人に委任しない場合に記入してください。					
振込先 銀行 支店 普通 口座番号 (フリガナ) 金融機関 名義人					

※1ヶ月ごとに記入してください
 ※添付書類：①領収書原本 ②6ヶ月ごとに医師の同意書の原本(変形徒手矯正術については毎月添付)
 ③施術報告書の写し(施術報告書交付料の申請がある場合のみ)

施 術 内 容 証 明 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	新規・継続	
マ ッ サ ー ジ	傷病名又は症状				日	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 4kmまで		円×	回=	円	
往療料 4km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○ 往料◎	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				
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		住 所				
免許登録番号 () あん摩マッサージ		氏 名				
免許登録番号 () 指圧師		☎				
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	

施術者に記入をお願いしてください