

被保険者欄	被保険者の	記号	番号	氏名		生年月日	
		9999	9999	渋谷 一郎		昭・平・令 〇年 〇月 〇日	
	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		続柄 本人	○傷病名	(医師の同意を受けた傷病名)	
		渋谷 一郎			○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)		
(昭・平・令 〇年 〇月 〇日)		○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 ☎ 03-1111-2222						
※	受領について (どちらかに✓)		☒ 事業所への委任払いを希望 (委任状欄へ) ☐ 個人口座への振込を希望 (振込先)				
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				
	代理人の (受領責任者)	住所	東京都渋谷区〇〇〇〇〇〇				
	氏名	渋谷 一郎					
	氏名	〇〇〇〇セメント株式会社 セメント太郎					
振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 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	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 電 法	円×	回＝	円		
	温電法・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	円×	回＝	円		
(前回支給： 年 月分)						
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						
免許登録番号 () 指圧師			氏 名 ④ ☎			
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	