

被 保 険 者 欄	被 保 険 者 の	記 号	番 号	氏 名		生 年 月 日	
						昭・平・令 年 月 日	
	事業所の名称	☎				○傷病名	
	療養を受けた者の氏名 (生年月日)	(フリガナ)		続 柄	○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載)		
		男・女			○発症又は負傷の原因及びその経過		
○業務上・外、第三者行為の有無							
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 (被保険者) セメント商工健康保険組合理事長 殿 氏 名 ☎						
※	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		氏名 ㊟		
	代理人の (受領責任者)		住所		氏名 ㊟		
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 及 び 症 状								転 帰		
									継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ (施術料)		同意部位 施術回数	軀幹 回	右上肢 回	左上肢 回	右下肢 回	左下肢 回	摘 要		
	通所		円×		回＝		円				
	訪問施術料1		円×		回＝		円				
	訪問施術料2		円×		回＝		円				
	訪問施術料3(3人～9人)		円×		回＝		円				
	訪問施術料3(10人以上)		円×		回＝		円				
	施 温 電 法		円×		回＝		円				
	温 電 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円×		回＝		円				
	変形徒手矯正術 ※温電法との併施は不可		同意部位 施術回数	右上肢 回	左上肢 回	右下肢 回	左下肢 回				
			円×		回＝		円				
	特 別 地 域 (加算)		円×		回＝		円				
往 療 料		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 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療○ 訪問3③		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									
月											
○往療または訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())											
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		㊟ ☎					
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		