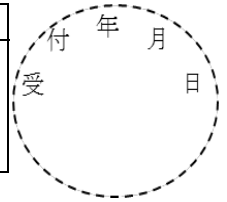


受付整理No.		支給額		健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	係員
決裁年月日	年 月 日	円					
支給予定日	年 月 日	施術回数	本人負担割合				
		回目	割				



被保険者 健康保険療養費支給申請書 【あんま・マッサージ】 (年 月分)
 家 族

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	-		会社名				
				勤務先電話	- -			
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日			
	受診者氏名 (受診者が被扶養 者の場合)	(フリガナ)		生年月日	年 月 日		続柄	
	傷病名			発病(負傷) 年 月 日	年 月 日			
	発病(負傷)の 原因と経過			業務上又は第三者行為によるものですか はい ・ いいえ				
	受取方法	事業所経由で	<input type="checkbox"/> 受け取る ⇒委任状欄にご署名下さい。(給与口座へ振込み) <input type="checkbox"/> 受け取らない ⇒振込先を記入して下さい。(退職者は必ず記入)					
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名							
振込先	ご本人名義の口座に限りませ							
	銀行	支店	フリガナ					
	口座番号	口座名義						

- 確認欄
- 償還払い(立替払い)での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。
 - 歴月ごと、受診者ごとにつき1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。
 - 初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」(原本)の添付が必要です。
 - 施術を受ける毎に発行される領収書(原本)を全て添付してください。

申請者署名欄
ニチレイ健康保険組合理事長 殿
 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 〒 住所
 氏名 (被保険者) 連絡先(携帯) Tel - -

あ ん ま 師 ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	今回施術期間		実日数	請求区分	転帰	
	年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医	
	傷病名または症状						
	施 術 内 容 欄	マッサージ	躯幹	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				
※「摘要 欄」に要理 由記載の事	往療料 4kmまで	円 × 回 =	円				
	加算 (km)	円 × 回 =	円				
	施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)	円 × 回 =	円				
	費用額計		円				

施術日：通院○・往診◎ 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

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
			年 月 日		

施術証明欄
 上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。
 年 月 日
 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
 免許登録番号 〒 住所
 あんまマッサージ指圧師 氏名
 連絡先 ④