

常務理事	事務長	係

支給決定伺

被保険者証	記号 番号	支出科目	療養費 家族療養費
被保険者氏名		支給決定金額	円
支給決定月日		会計処理月日	計算式

療養費支給申請書(平成・令和 年 月分) (あんま・マッサージ用)

(添付書類を添えて申請願います) 1.領収書原本(レシート不可) 2.医師の同意書(初診時、以降6ヶ月毎)

施術内容等についてご記入ください(施術者記入欄)	被保険者証	記号 番号	療養を受けた者の氏名	続柄	生年月日 昭・平・令 年 月 日生	
	発病又は負傷の原因およびその経過					
	発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日	負傷原因	1.業務上 2.第三者行為 3.その他()		
	初めて施術を受けた年月日	平・令 年 月 日	施術(通院)の期間	月 日から 月 日まで	実日数 日	請求区分 新規・継続
	傷病名又は症状				転記 継続・治療・中止・転移	
	マ ッ サ ー ジ	躯 幹	円 ×	回 =	円	
		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 罎 法		円 ×	回 =	円	
	温罎法・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		
上記費用金額の合計金額 円						
施術日	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 * 通院した日には○、往療施術の日は◎を記載下さい。					
医師の同意	同意医師氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
			年 月 日		~	
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。 令和 年 月 日 住所 保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地 免許登録番号 あんまマッサージ指圧師 氏名 電話 ⑩					

被保険者記入欄	振込先銀行名	【ゆうちょ銀行不可】	口座	名義
	(被保険者名義のみ。被扶養者名義不可)	銀行	支店 番号	
	上記の通り申請致します。 令和 年 月 日			
	〒	住所	電話	受付日付印
	被保険者の氏名			
	大和ハウス工業健康保険組合理事長殿			

