

被保険者用

被扶養者用

療養費支給申請書 (平成 25 年 9 月分)

あん摩・マッサージ用 (第 1 回目)

被保険者が記入するところ	記号 番号	(2桁又は4桁) (7桁)	9876 1234567	被保険者 氏名	札幌 恵比男 印	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	
	事業所 名称	〇〇〇〇株式会社		現住所	東京都渋谷区恵比寿4-20-1ガーデンハイツ				
	※被扶養者が療養を受けた場合に記入								
	被扶養者 氏名	札幌 寿子		生年月日	昭和・平成	〇〇年〇〇月〇〇日	続柄	母	
	傷病名	脳出血による左片麻痺			業務上・外/第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他				
発病又は 負傷年月日	平成 23 年 12 月 30 日		発病または傷病の原因及びその経過 脳出血による後遺症が原因。経過観察中。						
委任状欄	本請求に基づく給付金に関する受領を 〇〇〇〇株式会社 (事業主) に委任致します。 被保険者氏名 札幌 恵比男 印								

はり師・きゆう師が記入するところ	初療年月日	施術 期間	平成 年 月 日から	実日数	請求区分																				
	平成 年 月 日	平成 年 月 日まで	日	新規・継続																					
傷病名及び 症状詳細	あん摩・マッサージ指圧師に 記入依頼してください。				転帰 継続・治癒・中止・転医																				
マッサージ	<table border="1"> <tr><td>躯体幹</td><td>円×</td><td>回=</td><td>円</td></tr> <tr><td>右上肢</td><td>円×</td><td>回=</td><td>円</td></tr> <tr><td>左上肢</td><td>円×</td><td>回=</td><td>円</td></tr> <tr><td>右下肢</td><td>円×</td><td>回=</td><td>円</td></tr> <tr><td>左下肢</td><td>円×</td><td>回=</td><td>円</td></tr> </table>	躯体幹	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	摘要			
躯体幹	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																					
温電法	円×	回=	円																						
温電法・電気光線器具	円×	回=	円																						
往診料 2Kmまで	円×	回=	円																						
加算 (Km)	円×	回=	円																						
費用額の合計					円																				
施術日 通院○/往療◎	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																								
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 所在地 あん摩マッサージ指圧師 氏名 電話				平成 年 月 日 <免許登録番号> 印																				
医師の同意	同意医師の氏名	医療機関名及び住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																				

※添付書類：領収書の原本、初療時の場合は医師の同意書（次回以降は、同意記録欄に記載）

健保記入欄	支給期間	年 月 日 ~ 月 日	実日数	日
	費用合計額	円	法定給付	円
	個人負担分	円	決定額	円
	健保負担分	円	支給日	備考

受付日付印