

常務理事	事務長	総務課長	係
支払年月日	年	月	日

得喪	取得	年	月	日
	喪失	年	月	日
支給額		円		
備考				

療養費支給申請書 ( 年 月分 ) ( あんま・マッサージ用 )

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名										
	—		年 月 日												
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過											
		男・女													
昭・平・令 年 月 日生		○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													
施 術 者 記 入 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 2kmまで 加算 ( km )	円 ×	回 =	円												
合計	円 ×	回 =	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													
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										
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。															
年 月 日		住 所		氏 名		電 話									
あん摩マッサージ指圧師															
被 保 険 者 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		日本旅行健康保険組合 殿		申請者 (被保険者) 住所 氏名										
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				委任者と代理人との関係									
		年 月 日		申請者 (被保険者) 住所 氏名		代理人 住所 氏名									
支払先	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		普通預金		口座番号								
	口座名義 が か た で 記 入														

【 添付書類 】 ①領収書(原本) ②初療時のみ医師の同意書

常務理事	事務長	総務課長	係
支払年月日	年	月	日

得喪	取得	年	月	日
	喪失	年	月	日
支給額		円		
備考				

療養費支給申請書 ( 年 月分 ) ( あんま・マッサージ用 )

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
	110 - 222222		平成00年 10月 11日		右肘関節拘縮	
	(フリガナ) 療養を受けた者の氏名 健保太郎		続柄 男		○発症又は負傷の原因及びその経過 平成00年10月5日頃より右肘関節が痛くなった	
昭平令 0年 7月 7日生				○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		
施 術 者 記 入 欄	初療年月日		施術期間		実日数	
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		日	
	傷病名又は症状				請求区分 新規・継続	
	マッサー		円 × 回 = 円		転帰 継続・治癒・中止・転医	
	変形徒手矯正術		円 × 肢 × 回 = 円		摘 要	
	温電法		円 × 回 = 円			
	温電法・電気光線器具		円 × 回 = 円			
	往療料 2kmまで 加算 ( km )		円 × 回 = 円			
	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	
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		
				年 月 日		
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		あんま・マッサージ師に記入していただく		住所		
年 月 日		氏 名		電話		
住所 あん摩マッサージ指圧師		氏 名		電話		
被 保 険 者 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。					
	00年 12月 15日					
	日本旅行健康保険組合 殿		申請者 (被保険者)		住所 東京都港区新橋1-1-1 氏名 健保太郎	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者と代理人との関係			
年 月 日		代理人 住所 氏名				
申請者 住所 (被保険者) 氏名		代理人 住所 氏名				
支払先 口座名義 が明記		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		
		普通預金		口座番号		

【 添付書類 】 ①領収書(原本) ②初療時のみ医師の同意書