

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	○被保険者の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	—		年 月 日																														
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無																												
		男・女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																												
		明・大・昭・平・令 年 月 日生			○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																												
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間										実日数		請 求 区 分																		
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 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																		
	施 術 料	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																													
		温 電 法 (加 算)		円× 回＝ 円																													
		温電法・電気光線器具 (加 算)		円× 回＝ 円																													
		変形徒手矯正術 (加算) ※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																									
		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 1 ①	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
	通所○	訪問 2 ②																															
	往療◎	訪問 3 ③	月																														
	○往療又は訪問の理由 (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 ())																																
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。 令和 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 あん摩マッサージ指圧師										住 所 氏 名 電話																						
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。 令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 住所 東京証券業健康保険組合 理事長 殿 氏名 電話																						
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払		預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名										銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																		
	口座名義 カタカナで記入				口座番号												郵便局																
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																
					令和 年 月 日																												
委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日																																
	申請者 住所 (被保険者) 氏名																																
	代理人 住所 氏名																																

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。