

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (年 月分)
被扶養者

東京貨物運送健康保険組合

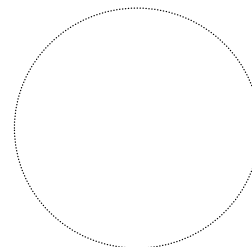
(はり・きゅう・あんま・マッサージ用)

①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 事業所の 名称	
③ 被保険者の 氏名と印	フリガナ ④ 生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)
③受療者氏名	氏名 被保険者との続柄 ()	⑥ 生年月日	昭和 平成
⑦ 被保険者の 住所	〒 _____ 日中連絡がとれる電話番号 ()		
施術をうけた日 に○をしてください (往療は◎)	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	
※施術に要した 期間と費用の額	日間		円
⑧ はり・きゅう申 請の場合、受け た施術内容に該 当する番号を○ で囲んでください	1. はりをうけた		2. 電気針をうけた
	3. きゅうをうけた		4. 電気灸器をうけた
	5. はり・きゅうの両方をうけた		6. 電気針・電気灸器の両方をうけた
	7. その他の施術をうけた()		
⑨ 傷病名		⑪ 施術した部位 (すべてに○)	右肩・左肩・右腕・左腕・背中・胸部・頭・首 腰・右足・左足・臀部・その他()
⑩ 発病又は負傷 の年月日	昭和 平成	年 月 日	
⑫ 業務上の負傷ですか	はい・いいえ		⑬ 第三者の行為によるものですか はい・いいえ
⑭ 被 保 険 者 口 座	銀行名		支店名 支店コード
	銀行・信金 信組・農協		支店
	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナで記入)
	1.普通 2.当座 3.その他		
同意 記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日 平成 年 月 日
			傷病名 要加療期間

注意事項

1. 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
2. 施術の領収書の添付。
3. 施術内容のわかるもの(当組合にも別紙用意があります)の添付。
4. 初めて施術を受け申請する場合は必ず医師の同意を受け、「医師の同意書」を添付してください。
5. 再同意を受けた場合は同意記録欄にご記入ください。

受付日付印



あんま・マッサージ施術内容明細

記号・番号 .	被保険者氏名		受診者氏名		
初療年月日	施術期間			実日数	
平成 年 月 日	自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日			日	
傷病名				請求区分	
発病及びその経過				新規・継続	
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	
	往療料 2kmまで		円× 回=	円	
	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			
<p>上記のとおり施術を行いました。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p>あん摩・マッサージ指圧師 TEL _____ () _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p>					

東京貨物運送健康保険組合

受付日付印