

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
被扶養者

( 年 月分)

東京貨物運送健康保険組合

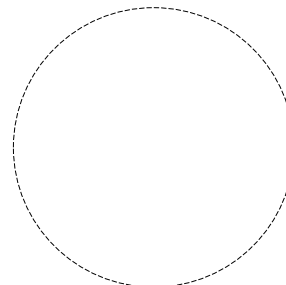
( はり・きゅう・あんま・マッサージ)

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 令和 年 月 日 ( 歳)	
⑤受療者氏名	氏名 被保険者との続柄 ( )		⑥生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 ( 歳)	
⑦被保険者の 住所	〒 _____ 日中連絡がとれる電話番号 ( )				
施術を受けた日 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		
⑧傷病名			⑩発病又は負傷 の原因及びその 経過		
⑨発病又は負傷 の年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
⑪業務上の負傷ですか	はい・いいえ		⑫ 第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
⑬ 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	傷病名	要加療期間
			令和 年 月 日		

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	
令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 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 4km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			
上記のとおり施術を行いました。  令和 年 月 日  住所 _____  あん摩・マッサージ指圧師 TEL ( ) _____  氏名 _____					

東京貨物運送健康保険組合

受付日付印