

療養費支給申請書（平成 年 月分）（あんま・マッサージ用） ※領収書（原本）を添付してください。

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所名および電話番号	電話() -	
	被保険者氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	療養を受けた者の氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	続柄	業務上外、第三者行為の有無				
	発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	1. 業務上(有・無) 2. 第三者行為(有・無) 3. その他()			
(発症又は負傷の原因及びその経過)						
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
	平成 年 月 日	(自) 平成 年 月 日 ~ (至) 平成 年 月 日			日	新規・継続
	傷 病 名					転帰
						継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀幹 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 罨 法	円 × 回 = 円				
	温罨法・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				
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。			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	
	平成 年 月 日	〒 -				
	免許登録番号	住所 氏名 氏名 電話番号 電話番号				
申 請 者 自 署 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。					
	平成 年 月 日	〒 -				
	楽天健康保険組合 理事長 殿	住所 氏名 氏名 電話番号 電話番号				
同 意 記 録	同意医師の氏名		病院または診療所所在地			
			〒 -			
	同意年月日	傷病名	要加療期間			
	平成 年 月 日		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
備 考						

支 払 金 融 機 関	銀行 金庫	本店 支店
	金融機関コード()	店番号 ()
	預金 種別	口座番号
	フリガナ	
	口座名義 ※被保険者名義	

平成 年 月 日提出

受付日付印