

療養費支給申請書（平成27年4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	〇〇〇	番号	〇〇〇	所属事業所名および電話番号	〇〇(株)〇〇〇部 電話(〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	被保険者氏名		健保 太郎		生年月日	昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日		
	療養を受けた者の氏名		健保 花子		生年月日	昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日		
	続柄	妻		業務上外、第三者行為の有無				
	発病又は負傷年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		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	躯幹	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							
温 罨 法								
温罨法・電気光線器具								
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		
	あん摩マッサージ指圧師				氏名			
					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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	〒 〇〇〇-〇〇〇〇				住所 東京都〇〇区〇〇 〇〇番地〇〇号		
	楽天健康保険組合 理事長 殿				氏名 健保 太郎			
					電話番号 03-(〇〇〇〇)-〇〇〇〇			
同意記録	同意医師の氏名		病院または診療所所在地					
	〇〇 〇〇		〒〇〇〇-〇〇〇〇					
	同意年月日		傷病名		要加療期間			
	平成 27 年 4 月 1 日		〇〇〇〇		平成 27 年 4 月 1 日 ~ 平成 27 年 6 月 30 日			
備考								

※ この欄は、その月の最後の受診日に鍼灸院で記入してもらってください

支払金融機関	〇〇〇〇	(銀行) 〇〇〇〇	本店
	金融機関コード(〇〇〇〇)	店番号 (〇〇〇〇)	(支店)
	預金種別	(普通)・当座	口座番号
			〇〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	ケンポ タロウ	
口座名義	健保 太郎		
※被保険者名義			

平成 年 月 日提出
 受付日付印