

療養費支給申請書（令和 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	被保険者等 記号番号	記号	番号	所属事業所名および電話番号			
	被保険者氏名		生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
	療養を受けた者の氏名		生年月日		昭和・平成・令和 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	令和 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) 令和 年 月 日 ~ (至) 令和 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	円 ×	肢 ×	回 =	円		
	温 電 法	円 ×	回 =	円			
	温電法・電気光線器具	円 ×	回 =	円			
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 施術分)	円 ×	回 =	円			
往療料 4kmまで	円 ×	回 =	円				
往療料 4km超	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			
	令和 年 月 日		〒 -				
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師		住所 氏名 電話番号				
申(被保険者自署)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。						
	令和 年 月 日		〒				
	楽天健康保険組合 理事長 殿		住所 氏名 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				
	令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
備考							

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

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	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義 ※被保険者名義		

受付日付印