

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

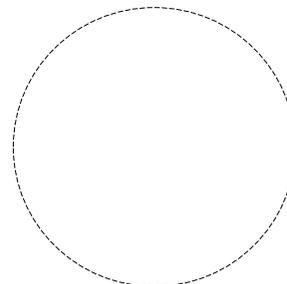
( はり・きゅう・あんま・マッサージ)

① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	② 事業所の名称																													
③ 被保険者の 氏名とフリガナ	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

被保険者欄・受診者欄	被保険者等 記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( )		○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																											
		昭・平・令 年 月 日生		男・女																													
施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																												
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続 転帰																												
	傷病名及び症状		継続・治癒・中止・転医																														
	施術料	マッサージ (施術料)		同意部位 (軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																								
				施術回数	回	回	回	回																									
		通所		円×	回=	円																											
		訪問施術料 1		円×	回=	円																											
		訪問施術料 2		円×	回=	円																											
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円×	回=	円																											
		訪問施術料 3 (10人以上)		円×	回=	円																											
温罨法 (加算)		円×	回=	円																													
温罨法・電気光線器具 (加算)		円×	回=	円																													
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																											
		施術回数	回	回	回	回																											
		円×	回=	円																													
特別地域 (加算)		円×	回=	円																													
往療料		円×	回=	円																													
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円																													
合計		円																															
施術日	訪問1①	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	
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
月																																	
○往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( )																																	
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	〒	住所																														
	あんま・マッサージ師		氏名																														
	免許登録番号		電話																														