

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	係員	係員	支給額		受付整理No.	
					円		資格取得日	資格喪失日
							平成 年 月 日	平成 年 月 日
					施術回数 回目	本人負担割合 割	決済年月日	支給予定日
						平成 年 月 日	平成 年 月 日	



被保険者 健康保険療養費支給申請書 【あんま・マッサージ】（平成 年 月分）
家 族

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	—		会社名	—																																																																							
	被保険者氏名	(フリガナ)		勤務先電話	—																																																																							
	受診者氏名 (受診者が被扶養 者の場合)	(フリガナ)		生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日																																																																						
	傷病名			生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日																																																																						
発病(負傷)の 原因および経過			発病(負傷) 年 月 日	平成 年 月 日	続柄																																																																							
被保険者名義 振込先口座 (在職者は給与 口座に振込みま すので記入不要 です)	銀行	支店	普通 当座	口座番号	加付	口座名義																																																																						
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 償還払い(立替払い)での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。 <input type="checkbox"/> 歴月ごと、受診者ごとにつき1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。 <input type="checkbox"/> 初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」(原本)の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 施術を受ける毎に発行される領収書(原本)を全て添付してください。																																																																											
	ニチレイ健康保険組合理事長 殿 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 千 住所 氏名 ㊞ 連絡先(携帯)Tel — —																																																																											
	<table border="1"> <tr> <td>初療年月日</td> <td>今回施術期間</td> <td>実日数</td> <td>請求区分</td> <td>転帰</td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td>平成 年 月 日～平成 年 月 日</td> <td>日</td> <td>新規・継続</td> <td>継続・治癒・中止</td> </tr> </table>						初療年月日	今回施術期間	実日数	請求区分	転帰	平成 年 月 日	平成 年 月 日～平成 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止																																																												
	初療年月日	今回施術期間	実日数	請求区分	転帰																																																																							
平成 年 月 日	平成 年 月 日～平成 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>傷病名または症状</td> <td colspan="5">摘 要</td> </tr> <tr> <td>初 検 料</td> <td colspan="5">1はり・2きゆう・3はりきゆう併用 円</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">マッサー ジ</td> <td>躯幹</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>右上肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左上肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>右下肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左下肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>変形徒手矯正術</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>温電法</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>温電法・電気光線器具</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>※「摘要 欄」に要理 由記載の事</td> <td>往療料 2kmまで</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>加算 (km)</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>費用額計</td> <td colspan="5">円</td> </tr> </table>						傷病名または症状	摘 要					初 検 料	1はり・2きゆう・3はりきゆう併用 円					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×	回=	円		温電法	円×	回=	円		温電法・電気光線器具	円×	回=	円		※「摘要 欄」に要理 由記載の事	往療料 2kmまで	円×	回=	円			加算 (km)	円×	回=	円		費用額計	円				
傷病名または症状	摘 要																																																																											
初 検 料	1はり・2きゆう・3はりきゆう併用 円																																																																											
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×	回=	円																																																																									
温電法	円×	回=	円																																																																									
温電法・電気光線器具	円×	回=	円																																																																									
※「摘要 欄」に要理 由記載の事	往療料 2kmまで	円×	回=	円																																																																								
	加算 (km)	円×	回=	円																																																																								
費用額計	円																																																																											
あ ん ま 師 ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	施術日: 通院○・往診◎ 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																																																																											
	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																																																																						
施 術 証 明 欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 千 住所 免許登録番号 あんま・マッサージ・指圧師 氏名 ㊞ 連絡先																																																																											