

施術者記入欄	被保険者等 記号・番号 ※	記号 番号	療養を受けた方 の氏名		(フリガナ)		続柄																										
			生年月日		昭・平・令 年 月 日																												
	傷病名及び症状	施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																															
	発病または 負傷年月日	平・令 年 月 日	業務上・外、 第三者行為の有無		☐ 業務上 ☐ 第三者行為 ☐ その他																												
	初療年月日	平・令 年 月 日	請求区分		☐ 新規 ☐ 継続																												
	発病又は負傷の 原因とその経過						転 帰																										
							継続・治癒・中止・転医																										
	施術期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (実日数 : 計 日間)																															
	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	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																															
温電法 (加算)		円 × 回 = 円																															
温電法・電気光線器具(加算)		円 × 回 = 円																															
変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可		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																														
費用額計								円																									
施術日	訪問1 ①		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
通院○	訪問2 ②																																
往療◎	訪問3 ③	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())																																	
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																														
			氏名																														
免許登録番号			あん摩マッサージ指圧師 電話																														
同意記録	同意医師の氏名		医療機関					初・再同意年月日					傷病名					要加療期間															
			名称 所在地					令和 年 月 日																									

被保険者記入欄	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
	東京都情報サービス産業健康保険組合	被保険者	住所
	理事長 殿	(申請者)	氏名
			電話

【給付金振込先】被保険者の個人口座をご記入ください。施術師への委任払は行っておりません。

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組		本店 支店	預金種別	
				普通 ・ 当座	
	金融機関コード		店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)		
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)		フリガナ		
		口座名義			

受付日付印