

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
生年月日

(フリガナ) ジョウホウ ハナコ
情報 花子
妻
昭・平・令 ××年 ××月 ××日

傷病名及び症状

脳梗塞

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)

△△施設 東京都新宿区〇〇1-1-1

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

体幹機能障害(関節拘縮)

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 施術回数	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)
通所		3 回	3 回	3 回	3 回	3 回
訪問施術料 1	4,550	円 ×	3 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 施術回数	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	
		回	回	回	回	
		円 ×	回	=	円	
特別地域 (加算)		円 ×	回	=	円	

摘 要

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

13,650 円

施術日

訪問1 ①

訪問2 ②

往療③

訪問3 ③

×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

①

①

①

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。

令和 ××年 ××月 ××日

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

〒××× - ××××

住所 東京都中野区〇〇1-1-1

氏名 東中野 太郎

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
西新橋 一郎

医 療 機 関
名称 西新橋病院
所在地 東京都港区〇〇2-2-2

初・再同意年月日
令和 ××年 ××月 ××日

傷 病 名
脳梗塞

要加療期間

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 東京都千代田区〇〇3-3-3

理 事 長 殿

(申請者)

氏名 情報 太郎

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

〇〇 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 〇〇〇〇 店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号) 〇〇〇

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 ジョウホウ タロウ

口座名義 情報 太郎

受付日付印