

| | | | | | | |
|--------|--------------|-----|----|----------------|--------|----------------|
| 施術者記入欄 | 健康保険証の記号と番号※ | 記号 | 番号 | 療養を受けた方の氏名 | (フリガナ) | 続柄 |
| | 傷病名 | | | 発病又は負傷の原因とその経過 | | |
| | 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 |
| | 初療年月日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | 請求区分 |

| | | | |
|---------|--|-------------|----|
| 傷病名又は症状 | | | 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 | 躯幹 | 円 × | 回 = | 円 | 摘要 |
| | | 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 | | | |
| 往療料 | 4kmまで | 円 × | 回 = | 円 | | |
| | 4km超 (km) | 円 × | 回 = | 円 | | |
| 施術報告書交付料 | | (前回支給: 年 月分) | | | 円 | |
| 費用額計 | | | | | 円 | |

| | | |
|-----|---|---|
| 施術日 | 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 |
| 通院○ | | |
| 往療◎ | | |

| | | | | | |
|--------------------------|----------|-------------|----|-----------|---------------|
| 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 | _____ | | | | |
| 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 | (自宅) _____ (携帯) _____ |

【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 |
| | 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) | 普通・当座 |
| | 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 |
|-------|

マイナンバー等で事前登録した「公金受取口座」利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は上記「支払金融機関」を記入)

健康保険証の記号と番号を記入せずマイナンバーにより申請される方は、※欄へ記入してください