

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						
	—		生年月日	昭・平・令 年 月 日							
傷病名			発症又は負傷の原 因及びその経過								
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	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他							
初療年月日	施術期間		実日数	請求区分							
平・令 年 月 日	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		日	新規・継続							
傷病名又は症状					転 帰						
					継続・治癒・中止・転医						
マ ッ サ ー ジ	軀 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 罨 法	円×	回＝	円								
温罨法・電気光線器具	円×	回＝	円								
往 療 料 4kmまで	円×	回＝	円								
往 療 料 4km超	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 通院○ 往療◎	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									
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						
免許登録番号			住所 〒	-							
			電話	()							
			あん摩マッサージ指圧師 氏名								
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	平・令 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
	住所 〒					-
	東京都情報サービス産業健康保険組合 理事長 殿	被保険者 (申請者)	電話 自宅	()	携帯	()
					氏名	

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。

受付日付印

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		