

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	平成	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									
	平成	年	月	日	自・平成	年	月	日	～至・平成	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 2kmまで	円×			回＝	円									
加算 ( km)	円×			回＝	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 被保険者 電話 自宅 ( ) 理事長殿 (申請者) 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いません。

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	

・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