

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)	ショウホウ ハナコ	続柄
	×××	××××		情報	花子	
			生年月日	昭和・平成 ××年××月××日		
傷病名	脳梗塞		発症又は負傷の原因及びその経過	体幹機能障害(関節拘縮)		
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 checked="" type="checkbox"/> その他		
初療年月日	平成××年××月××日		施術期間	実日数	請求区分	
			自・平成××年××月×日～至・平成××年××月××日	4日	新規・ 継続	
傷病名又は症状	体幹機能障害(関節拘縮)				転帰	
					継続 治癒・中止・転医	
マッサー ジ	躯幹	285円×	4回=	1,140円		
	右上肢	285円×	4回=	1,140円		
	左上肢	285円×	4回=	1,140円		
	右下肢	285円×	4回=	1,140円		
	左下肢	285円×	4回=	1,140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	110円×		4回=	440円		
往療料 2kmまで	円×		回=	円		
加算 (km)	円×		回=	円		
費用額計	6,140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 〒×××-×××× 東京都中野区〇〇1-1-1		電話 ××(××××)××××
		あん摩マッサージ指圧師 氏名		東中野 太郎 印		
同意医師の氏名	西新橋 一郎		医療機関	初・再同意年月日	傷病名	要加療期間
	名称 西新橋病院		所在地 東京都港区〇〇2-2-2	平 令××年××月××日	脳梗塞	

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 〒×××-×××× 東京都千代田区〇〇3-3-3		
	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		情報 次郎 印

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	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	ショウホウ	シロウ
		口座名義	情報 次郎		