

施術者記入欄	健康保険証の記号と番号※	記号 ××× - ××××	番号 番 号	療養を受けた方の氏名	(フリガナ) ジョウホウ ハナコ	続柄
	傷病名	脳梗塞		発病又は負傷の原因とその経過	情報 花子	妻
	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	昭・平・令 ××年 ××月 ××日	
	初療年月日	平・令	××年 ××月 ××日	請求区分	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他	

傷病名又は症状	体幹機能障害(関節拘縮)	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 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	軀 幹	350 円 ×	4 回 =	1,400 円	摘 要
		右上肢	350 円 ×	4 回 =	1,400 円	
		左上肢	350 円 ×	4 回 =	1,400 円	
		右下肢	350 円 ×	4 回 =	1,400 円	
		左下肢	350 円 ×	4 回 =	1,400 円	
	変形徒手矯正術 <small>※温電法との併施は不可</small>	円 ×	肢 ×	回 =	円	
	温電法	125 円 ×	4 回 =	500 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		7,500 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
-----	-----	---

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	
電話 ××-××××-××××	
免許登録番号 ×××××× あん摩マッサージ指圧師	

同意記録	同意医師の氏名	西新橋 一郎	医療機関	西新橋病院 名称 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。 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)	住所 東京都千代田区〇〇3-3-3
		氏名 情報 太郎	
		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	金融機関コード	〇〇	銀行 農協 信金・信組	△△	本店 支店	預金種別 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	ジョウホウ タロウ		
			口座名義	情報 太郎		

受付日付印
-------