

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	躯 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	※温電法との併施は不可	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 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		
			住所	〒××× - ××××		
			氏名	東京中野区〇〇1-1-1		
			電話	東中野 太郎		
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
	西新橋 一郎	名称 所在地	西新橋病院 東京都港区〇〇2-2-2	令和 ××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
	東京都情報サービス産業健康保険組合	被保険者	住所	東京都千代田区〇〇3-3-3	
	理事長 殿	(申請者)	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	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	0 0 0 0	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)		0 0 0
	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

マイナポータル等で事前登録した「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