

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
	×××	××××	生年月日	昭平・令××年××月××日	妻
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)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 checked="" 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		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 ー ジ	軀幹	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 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				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	
		あん摩マッサージ指圧師 氏名	電話	×× (××××) ××××	
			東中野 太郎		
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 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

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	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	ショウホウ シロウ	口座名義