

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	印	
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	情報 次郎		