

被保険者・家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回目)
(あんま・マッサージ)

◎この申請書に記載されている個人情報 は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被保険者が記入するところ	被保険者 (申請者)	記 号	事業所名 (または勤務していた事業所名)		
		番 号			
		フリガナ 氏 名			
	被保険者 (申請者) 現住所	〒			自宅電話 携帯電話
	傷 病 名		発病・負傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因 及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無
					1.業務上 2.第三者行為 3.その他
	療養が被扶養者に関する 請求である時はその者の	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	

◎往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
◎あんま・マッサージ・指圧師記入欄は、施術者が記入してください。
◎暦月ごと・受療者ごとに一枚、この申請書に記入し、領収書（原本）を添付してください。
◎はじめてかかったときの申請であるときは、「医師の同意書」を添付してください。

あんま・マッサー ジ・指圧師が 記入するところ	施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分										
		令和 年 月 日	自・ 年 月 日 ～ 至・ 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続										
		傷病名または症状					転 帰									
							継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止									
		マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	摘 要									
			右上肢	円 ×	回 =	円										
			左上肢	円 ×	回 =	円										
			右下肢	円 ×	回 =	円										
			左下肢	円 ×	回 =	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	円 ×	回 =	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 ×	回 =	円										
合 計	円															
施術日:通院○・往療◎		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														
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		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												
	令和 年 月 日 登録番号															
同 意 記 録	あんまマッサージ 住所		電話番号													
	指圧師 氏名															
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要加療期間											
			令和 年 月 日													

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。				
	被保険者（申請者）氏 名				
	事業所所在地 事業主 事業所名 (代理人) 事業主名				

★個人振込の場合には、「支払金融機関欄」を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)

支払金融機関欄	金融機関コード	支 店 番 号
	普通・当座	銀行・金庫 支店・本店
	口座番号	口座名義 フリガナ 氏 名

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	---

受付日付印

東京都食品健康保険組合