

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。

◎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。

被保険者証	記号	事業所名 (または勤務していた事業所名)		
	番号			
被保険者 (申請者) 氏名	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		昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日生	

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ	施術内容	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										
		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	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(代理人)	事業所名	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。 <input type="checkbox"/> 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