

支給決定伺

支給決定額

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書（あんま・マッサージ用）

*太枠線内を記入してください

施術に要した費用の領収書を添付してください

提出日	令和	年	月	日	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者
被保険者証の記号・番号					氏名	氏名	
記号					氏名	(名)	
事業所名称					所属部・電話	生年月日	
					(Tel)	昭和・平成・令和 年 月 日	
対象者が被扶養者の場合その氏名				続柄	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
傷病名					発病又は負傷日		
					令和 年 月 日		
発病又は負傷の原因及びその経過							
第三者行為に因る施術ですか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」をご提出ください		
施術を受けた施設		所在地					
		名称			(施術者名)		
施術の期間(支給期間)				日数	入院期間		施術に要した費用の額
令和	年	月	日	日	自	令和	年 月 日
					至	令和	年 月 日
							円
委任状	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。						氏名を自署されても捺印は必要です。
	令和	年	月	日	被保険者氏名		

あんま・マッサージ指圧師記入欄	初療年月日	令和	年	月	日	施術期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	実日数	日	請求区分	新規・継続	転帰	治癒・中止											
	傷病名又は症状	適用																														
	マッサージ	円	×	局所	×	回	=	円																								
	変形徒手矯正術	円	×	肢	×	回	=	円																								
	温電法・電気光線器具	円	×	回	=	円																										
	往療料	円	×	回	=	円																										
	加算 (km)	円	×	回	=	円																										
	合計	円																														
	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
	施術説明欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日																														
	施術者	住所																														
	氏名		TEL ()																													

受付日付印