

療養費支給申請書 あんま・マッサージ用 ( 年 月分) 年 月 日提出

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号番号		被保険者氏名		住 所																											
	—		⑩		〒 — 日中連絡先 ( )																											
	療養を受けた者の氏名		続 柄	傷病名		発症又は負傷の原因及びその経過																										
				発病又は負傷年月日		業務上・外、第三者行為の有無																										
昭和・平成・令和		年	月	日生	年	月	日	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																								
支 払 金 融 機 関	金融機関名				コード番号																											
	店 名				コード番号																											
	預金の種類	普通 当座			口座番号																											
	口座名義 カタカナで記入	原則、被保険者様の口座名義をご記入ください																														
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																							
					年 月 日				年 月 日から 年 月 日まで																							
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分																							
	年 月 日		年 月 日～ 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続																							
	傷病名又は症状								転 帰																							
									継続・治癒・中止・転医																							
	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																										
請 求 金 額 ( 7 割 ・ 8 割 )						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。				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																										
年 月 日				住 所																												
免許登録番号 _____				氏 名		⑩ 電 話																										
あん摩マッサージ指圧師																																

※ 給付金は、原則として被保険者様の口座名義への支払いとなります。  
被扶養者様の口座名義にて受領の場合は、この委任状を併せてご提出ください。

## 委 任 状

東京電子機械工業健康保険組合

(代理人) 住所 千 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

氏名(被扶養者名) \_\_\_\_\_ ⑩

私は、 年 月分の療養費申請に基づく給付金に関する受領を  
代理人に委任します。

年 月 日

(申請者)

氏名(被保険者名) \_\_\_\_\_ ⑩

被保険者証：記号 ( ) 番号 ( )