

下記申請にもとづき次のとおり支給申請を決定いたしたい。				常務理事	事務長	関係者	担当者	
決裁年月日	年	月	日					
支給額				計 算				
被保険者 被扶養者 <b>療養費支給申請書[あんま・マッサージ]</b>								
東北電力健康保険組合理事長 殿				年 月 日				
下記のとおりに申請いたします。				第 回 ( 年 月診療分)				
<input type="checkbox"/> この届出は被保険者が内容を確認し作成しています								
被保険者氏名		被保険者証記号番号		事業所名				
フリガナ								
				所 属				
				電 話 番 号				
施術を受けた者の氏名		続柄	施術を受けた者の生年月日		傷病名 (同意を受けた傷病名)			
フリガナ			年 月 日 ( 歳 )		発病又は負傷原因 及びその経過			
				発病または 負傷年月日		年 月 日		
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分		
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 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	※施術管理者以外が施術した場合に記入		
		左上肢	円 ×	回 =	円	施術者氏名 _____		
		右下肢	円 ×	回 =	円	施術日 _____		
		左下肢	円 ×	回 =	円			
	変形徒手矯正術		円 ×	肢 ×	回 =	円		
	温電法		円 ×	回 =	円	※往療を必要とした場合に記入		
	温電法・電気光線器具		円 ×	回 =	円	往療日 _____		
	往 療 料 4kmまで		円 ×	回 =	円	往療を必要とした理由		
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◎		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 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		
	年 月 日							
	免許登録番号			所在地		_____		
	_____ あん摩マッサージ指圧師			施術所名		_____		
			施術管理者名		_____			
			電話番号		TEL _____			
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		