

支給額	円	請求額	円
		一部負担金	円

決議	常務理事	事務長	担当
	資格取得日	年 月 日	
	資格喪失日	年 月 日	

(年 月 分) 健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

《 あんま・マッサージ用 》

ご確認ください

↓
*この申請書は暦日ごと・受診者ごとにつき1枚記入してください。
*施術領収書は原本を添付してください。
*初めて施術を受け申請する場合、及び、前回の同意より6ヶ月を超え継続して施術を受け申請する場合、「医師の同意書」(文書)を添付してください。

被保険者 (本人)が記入するところ	被保険者証の記号番号-.....	事業所の名称			
	被保険者の氏名と印	(フリガナ)	印	生年月日	年 月 日 (歳)	
	被保険者の住所	〒				
	被扶養者に関する申請のとき	氏名	続柄 ()	生年月日	年 月 日 (歳)	
	傷病名及び発病または負傷の年月日	(年 月 日)				
	発病または負傷の原因及びその経過			第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ	
	業務によるものですか	はい ・ いいえ		申請日	年 月 日	

あんまマッサージ指圧師が記入するところ	初療年月日	年 月 日	今回施術期間	自: 年 月 日 ~ 至: 年 月 日	施術実日数	日
	傷病名又は症状				発病又は負傷年月日	年 月 日
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 × 回 =	円	(請求区分)	新規 ・ 継続
		右上肢	円 × 回 =	円	(転 帰)	
		左上肢	円 × 回 =	円		継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医
		右下肢	円 × 回 =	円		
		左下肢	円 × 回 =	円	(摘 要)	
	変形徒手矯正術	円 × 肢 × 回 =	円			
	温 電 法	円 × 回 =	円			
	温電法・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			
合計金額	円 × 回 =	円				

施術日	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	
通院○																																	
往療◎																																	

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。 年 月 日 住所 あん摩マッサージ指圧師 氏 名 印 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
			年 月 日		月 日から 月 日まで

日本信号健康保険組合 理事長 殿 貴組合がこの請求内容について療養担当者に照会することに同意します。 年 月 日
事業所名
申請者 (被保険者) 氏 名 印

受付日付印

振込希望 口座	銀行 ・ 金庫 ・ 農協	支店
	普通 ・ 当座 (口座番号)	(フリガナ) 口座名