

療養費支給申請書 (年 月分)

あんま・マッサージ用

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	記 号	番 号																													
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																							
	発病又は 負傷年月日	平成 令和	年							月	日	傷病名																				
	発症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													
	上記の診療に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																															
	令和 年 月 日 住所 〒																															
	申請者 アボット健康保険組合 殿 (被保険者)																															
	氏名																															
	金融機関名						預金の種類			口座番号																						
銀行 金庫 農協						本店 支店 出張所			1. 普通 2. 当座			口座名義 (カナ) (被保険者名義)																				
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間						実日数	請 求 区 分																							
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 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						躯幹	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 2kmまで						円×	回=	円																								
加算 (km)						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。																															
	令和 年 月 日 住所																															
あん摩マッサージ指圧師																																
氏名																																
電話																																
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																			

受付日付印