

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日
支給額	円		

支給支払決議書			

東亜道路健康保険組合 御中

被保険者 被扶養者 **療養費支給申請書(あん摩・マッサージ・指圧用)** (第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	記号-番号	受療者氏名	続柄	生年月日		
	-			昭・平・令 年 月 日		
	発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか？			
	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい(「第三者による傷病届」を提出) <input type="checkbox"/> いいえ			
	傷病の原因及びその経過		施術に要した費用			
		円				
<p>下記の通り施術を行い、その費用を申請します。 又、東亜道路健康保険組合が医療機関などの関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 年 月 日 住所 被保険者氏名 (請求者氏名) 印</p>						
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店	
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金庫 農協	支店 出張所	
口座名義 カタカナで記入		口座番号			郵便局	
施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入 欄)	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 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	駆幹	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		
<p>施術日: 通院○、往療◎(月施術分)</p> <p>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</p> <p>上記の通り施術の通り施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 所在地 施術所 氏名 印 あんま・マッサージ師・指圧師 免許登録番号 tel</p>						
同 意 記 録	(再)同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
			令和 年 月 日			

【添付書類】 ①医師の同意書(原本)

②施術に要した費用の領収書(原本)

③施術報告書(写)※

※施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた「施術報告書(写)」を添付する必要があります。