

# 療養費支給申請書(あんま・マッサージ施術者記入用)

※以下記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

施 術 者  (あんま マッ サー ジ指 庄師)	被保険者情報		被保険者等 記号-番号	—	氏名																											
	療養を受けた者	氏名			傷病名																											
		生年月日	年	月	日	業務上／第三者行為	業務上・第三者行為・その他																									
		性別・続柄	男・女	続柄( )		施術に要した費用	円																									
	発症または負傷の原因 およびその経過																															
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	転 帰																										
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		日	継続・治癒・中止・転医																										
	傷病名および症状																															
	マッサージ	軀 幹	円 ×	回 =	円	請求区分																										
		右上肢	円 ×	回 =	円	新規・継続																										
		左上肢	円 ×	回 =	円	摘 要																										
		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・電気光線器具		円 ×	回 =	円																											
	往療料	4kmまで	円 ×	回 =	円																											
		4km超	円 ×	回 =	円																											
	施術報告書交付料(前回: 年 月分)																															
	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
変形徒手矯正術 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	住所(所在地)																														
		施 術 所 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																										

※往療があった場合は往療状況確認表を添付してください。

組合受付印

東京都土木建築健康保険組合