

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号-番号		被保険者(申請者)の氏名・印		生年月日	
	—		ツカガナ ⑩		昭和 平成 年 月 日	
	住所				連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号	
	〒 —					
	事 業 所	名称		所在地		
				〒 —		
	受 診 者	1. 被保険者(本人)		被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日
		2. 被扶養者(家族)				昭和 平成 令和 年 月 日
	傷病名				発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日
	発病の原因および 経過(詳しく)	原因				
経過		第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ				
施 術 を 受 け た 施 術 所 の	名称		所在地		施術者氏名	
施 術 期 間 (支 給 期 間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			日数	日間	
施 術 に 要 し た 費 用 の 額	円					
同 意 記 録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
同 意 医 師						
再 同 意 医 師						

※添付書類については、HPをご覧ください。当組合までお問い合わせください。

支 払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	ツカガナ
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.	口座名義 (請求者名義のみ)

受 取 代 理 人 の 欄	申請者	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	記入日	年 月 日
	代理人	住所 氏名 住所 氏名	⑩ ⑩	受付印

あん摩 マツサージ 指圧師 記入欄	患者氏名	フリガナ																														
	傷病名																															
	初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																					
	施術期間	令和	年	月	日から	実日数		日	摘要																							
		令和	年	月	日まで																											
	マッサージ	円×				局所×			回×				円																			
	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												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
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。																																
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																																
記入日 年 月 日																																
あん摩マツサージ指圧師																																
住所																																
氏名																																
◎ 電話番号 ( )																																
保健所登録区分 ( <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者所在地 ) 免許登録番号 ( )																																