

・シャチハタ不可  
・受取代理人の欄と  
同じもの

被保険者証の記号-番号 123 — 4567		被保険者(申請者)の氏名 カガナ ミト ケタ 港 健太		生年月日 昭和 47年 7月 18日 平成		
住所 〒140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405		連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号 090-1234-5678				
事業所	名称 芝浦港運株式会社		所在地 〒108 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45			
	受診者 1. 被保険者 (本人) 2. 被扶養者 (家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日 昭和 平成 令和		
傷病名	頸腕症候群		発病または 負傷年月日	平成 29年 8月 頃日 令和		
発病の原因および 経過(詳しく)	原因	日常生活における疲労の積み重ね				
	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 〇〇鍼灸院		所在地 〒140-0002 東京都品川区東品川6-7-8		施術者氏名 △△ △△	
	施術期間 (支給期間)	令和 1年 5月 1日 ~ 令和 1年 5月 31日		日数	3 日間	
施術に要した 費用の額	4,000 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	田町 源	〒108-0023 東京都港区芝浦9-8-7	H31.3.31	頸腕症候群	3ヶ月
	再同意医師					

※添付書類については、HPをご覧ください。被保険者が記入する欄

支払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	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	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405		氏名 港 健太	記入日 1年 6月 10日
	代理人	住所 東京都港区芝浦1-23-45		氏名 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介	登録印

・シャチハタ不可  
・被保険者氏名の欄と  
同じもの

振込依頼書にて  
登録のもの

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 ( )																																