

常務理事	事務長	総務課長	係
支払年月日	年	月	日

得喪	取得	年	月	日
	喪失	年	月	日
支給額				円
備考				

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	被保険者証等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名	
			年 月 日			
	療養を 受けた者 の氏名	(フガナ)	続 柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
男 女		業務上・外、第三者行為の有無				
明・大・昭・平 年 月 日生		1 . 業務上 2 . 第三者行為である 3 . その他				
施 術 者 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日 ~ 至・平成 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	軀 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				
同意医師の氏名	住 所		同意年月日	傷 病 名	要加療期間	
			平成 年 月 日			
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。						
平成 年 月 日		住 所		印 電 話		
		あん摩マッサージ指圧師		氏 名		
				印 電 話		
被 保 険 者 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。					
	平成 年 月 日		日本旅行健康保険組合 殿		申請者 住所 (被保険者) 氏名	印
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者と代理人との関係			
	平成 年 月 日					
委 任 状	申請者 住所 (被保険者) 氏名		代理人 住所 印 氏名		印	
支 払 先	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所		普通預金	口座番号	
	口座名義 がけで記入					

[添付書類] 領収書(原本) 初療時のみ医師の同意書