

被保険者
家族

療養費支給申請書

(あん摩・マッサージ・指圧用)

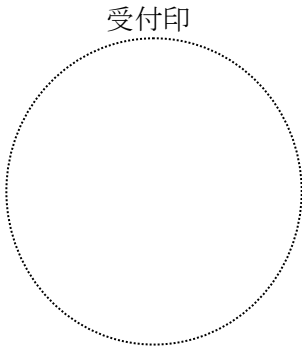
被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 の 記号・番号	記号		② 被保険者氏名	被保険者氏名						
		番号			生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	③ 被保険者の 現住所	〒ー電話()									
	④ 事業所の	名称	所属部署				電話				
		所在地				業務の種別					
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。										
	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄		
	⑥ 傷病名										
	⑦ 発病又は 負傷年月日	昭和・平成・令和							年	月	日
	⑧ 発病または 負傷の原因 (詳細に記入)										
	⑨ 経過概要										
	⑩ 施術の期間	自	令和	年	月	日	日間	⑪ 施術に 要した費用		円	
	⑫ 第三者によるものですか		はい・いいえ								
	⑬ 業務中に発生したものですか		はい・いいえ								
	⑭ 施術を受けた 施術所	名	称								
所		在	地								
支払希望 金融機関	銀行	本店	普通	口座番号	口座名義(被保険者)						
	信金	支店	当座								
	信組	出張所									

オリエントコーポレーション健康保険組合 理事長殿

上記の療養に要した費用に関し療養費の支給を申請いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名

健保 記入欄	支給決定額	取得	年	月	日
	円	喪失	年	月	日



施術内容証明書

(あん摩・マッサージ・指圧用)

(令和 年 月分)

あ ん 摩 ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	① 被保険者 の 記号・番号	記号		② 受療者 の 氏名	氏名		本人			
		番号			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	家族
	③ 施術内容欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分		
		年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日			日	新規・継続		
		傷病名							転帰	
									継続・治癒 中止・転医	
		マッサージ		躯幹	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								
④ 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。									
	令和 年 月 日 施設の所在地 あん摩 マッサージ 指圧師 名称 氏名 電話 あん摩 マッサージ 指圧師 免許登録番号()									
⑤ 同意記録	同意医師氏名		住 所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
					年 月 日					
	再同意医師氏名		住 所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
					年 月 日					