添付書類	
	☐ 領収証 （原本）
	☐〔施術者〕 施術内容・施術証明 （原本）
	☐〔医師〕 同意書 （原本）

健康保険 ☐ 被保険者 ☐ 家　族　療養費支給申請書 【　　年　　月分】 あんま・マッサージ用　第　　回目

被保険者記入欄

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		生年月日
					年　月　日

対象者が被扶養者の場合に記入	氏名		生年月日	年　月　日	被保険者との続柄	

発症または負傷年月日	傷病名	業務上・外、第三者行為の有無
年　月　日		1.業務上　2.第三者行為である　3.その他

発症又は負傷の原因及びその経過、マッサージ受療の経緯

下記（または添付）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。

年　月　日

被保険者住所

被保険者氏名

エイベックス・グループ健康保険組合　理事長　殿

施術内容・証明欄（記入または添付）

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	自　年　月　日 ～ 至　年　月　日	日	新規・継続

傷病名（症状）		転帰
		継続・治癒・中止・転医

		摘要
マッサージ	円×　局所×　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＿＿＿月 ／通院○ ・ 往療◎

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

上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。

施術所名　　年　月　日

所在地

氏名　　㊞　TEL

振込希望口座（被保険者の口座に限る）

金融機関名	銀行 金庫 信組　　本店 支店 出張所				
口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	口座番号		預金種別	1:普通 2:当座

担当医師同意書（記入または添付）

患者氏名		生年月日	年　月　日	発病（初診）年月日	年　月　日
傷病名		往療の必要性	1.必要とする 2.必要としない	要加療期間	

症状（これまでの経過と見通し）　1.筋麻痺　2.関節拘縮　3.その他（　　）

施術の種類	1.マッサージ　2.変形徒手矯正術	部位	1.躯幹　2.右上肢　3.左上肢　4.右下肢　5.左下肢

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。

保険医療機関名　　年　月　日

所在地

氏名　　㊞　TEL