

添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書(原本)
	<input type="checkbox"/> [施術者] 施術内容・施術証明(原本)
	<input type="checkbox"/> [医師] 同意書(原本)

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

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名	生年月日
					昭和 平成 年 月 日
	対象者が被扶養者の場合に記入	氏名		生年月日	被保険者との続柄
				昭和 平成 年 月 日 令和	
発症又は負傷年月日		傷病名		業務上・外、第三者行為の有無	
令和 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(又は添付)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。 令和 年 月 日 エイベックス・グループ健康保険組合 理事長 殿					
被保険者住所 被保険者氏名					

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 ( 記 入 又 は 添 付 )	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	令和 年 月 日	自: 令和 年 月 日 ~ 至: 令和 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名(症状)				転帰	
	マッサージ	円 ×	局所 ×	回 =	円	継続・治癒・中止・転医
	変形性徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円	摘要
	温電法	円 ×		回 =	円	
	温電法・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						
施術所名 所在地 氏名 (印) TEL ( )						

口(振込希望口座に限定)の口座	金融機関名	銀行	本店
		金庫	支店
	(フリガナ)	信組	出張所
口座名義	口座番号	預金種別	1: 普通 2: 当座

担 当 医 師 同 意 書 ( 記 入 又 は 添 付 )	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日
		昭和 平成 年 月 日 令和	令和 年 月 日
	傷病名	往療の必要性	要加療期間
		1: 必要とする 2: 必要としない	
	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: 変形性徒手矯正術	部位	1: 軀幹 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、頭部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。 令和 年 月 日			
保健医療機関名 所在地 氏名 (印) TEL ( )			