

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	担当者
月 日	円			

※右欄は健康保険組合の使用欄

被保険者・被扶養者療養費支給申請書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※必要添付書類：領収書（原本）、初療（初診）及び6か月毎に医師の同意書

被 保 険 者 欄	保険証の 記号・番号	—		療養を受けた者 の氏名	フリガナ 男・女					
	被保険者との続柄			生年月日	昭・平・令 年 月 日					
	傷病名			発病又は負傷年月日	令和 年 月 日					
	発病又は 負傷の原因				傷病の 経過					
	業務上・外、第三者行為の有無（○を付けてください） 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他									
施 術 内 容 欄	初療年月日	令和 年 月 日			施術期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名又は症状								転帰	転帰
	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 4kmまで	円×	回＝	円						
	往療料 4km超	円×	回＝	円						
	上記費用合計額			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 ※通院日は○、往診施術日は◎で囲んでください。							
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。				保健所登録区分					
	令和 年 月 日				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地					
	あんま・マッサージ 指圧師氏名	免許証No			住所 TEL					
同 意 記 録	同意医師の氏名	住所			同意年月日					
					令和 年 月 日					
	傷病名	要加療期間								
申 請 欄	クラシエ健康保険組合 御中 令和 年 月 日 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。									
	所属事業所									
	フリガナ				住所	〒 —				
	被保険者氏名				住所					

※任意継続被保険者と1～2ヶ月以内に退職される方は下記に振込先をご記入ください。

振込先	銀行名		本・支店名		口座の種類	普・当
	口座番号		口座名義			