

※領収書原本、初療（初診）の場合は医師の同意書を添付してください。※医師の同意書は6か月ごとに必要です。変形徒手矯正術については1か月です。
 ※同時に同疾病の治療を医療機関で行なうことはできません。行なっている場合は支給対象外となります。
 ※鍼灸師等への受領委任制度による支払いを行なっておりません。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所名		
	フリガナ			生 年 月 日		
	被保険者氏名			昭和・平成 年 月 日		
	フリガナ			続柄 生 年 月 日		
	受診者氏名			昭和・平成 年 月 日		
	被保険者住所	〒		連絡先	電話番号 携帯番号	- - - -
	傷病名			発病又は負傷の年月日		
	発病または負傷の原因及びその経過			第三者行為によるもので ある・ない		
	傷病の経過					
	施術を受けたところ	名称			住所	
	施術者					
振込先 ※被保険者名義	銀行		本・支店		種別 口座番号	
					普通	
あんま マッサージ師記入欄	初療年月日	年 月 日		実日数	請求区分	
	施術期間	年 月 日～ 年 月 日		日	新規 継続	
	傷病名又は症状			転帰 継続・治療・中止・転移		
	マッサージ	躯 幹	円×	回=	円	
		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×	回=	円		
	温電法	円×	回=	円		
	温電法・電気光線器具	円×	回=	円		
	往療料	4 km まで	円×	回=	円	
		4 km 超	円×	回=	円	
	上記費用の合計金額				円	
	施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				
月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
施術証明欄	上記の通り施術を行ないました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		
	あんま マッサージ師 氏 名		住所	年 月 日		
	免許証登録番号			電話		
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所		同意年月日	傷病名	
				年 月 日	要加療期間 ～	

事業主記入欄	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 - ()

社会保険労務士記入欄	
※健保組合記入欄	
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円

受付日付印