

支給決定日		常務理事	事務長	M G R	M G R	係
支給額	¥					

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

【領収書の原本・医師の同意書(初回及び6ヶ月毎)を添えて申請下さい】

保険証	記号:	番号:	患者氏名:	男女	続柄:	生年 月日	昭 平 令	年 月 日
-----	-----	-----	-------	----	-----	----------	-------------	-------

発病又は負傷の原因及びその経過(原因については各自の思い当たる事を記入下さい):

発病又は負傷したのは平・令 年 月 日頃でその原因は (1.業務上 2.交通事故等第三者行為 3.その他) である

初めて施術を受けた年月 平・令 年 月 日	施術の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	実日数 日	実際の施術日を下欄に通院日は○ 往診日は◎を記入下さい
--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------------

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.
-----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

施 術 師 記 入 欄	負傷名又は症状:																																					
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	340 円 ×	回 =																																		
		右上肢	340 円 ×	回 =																																		
		左上肢	340 円 ×	回 =																																		
		右下肢	340 円 ×	回 =																																		
		左下肢	340 円 ×	回 =																																		
	変形徒手矯正術		円 ×	肢 ×	回 =																																	
	温 罨 法		円 ×	回 =																																		
	温罨法・電気光線器具		円 ×	回 =																																		
	往療料 4 kmまで		円 ×	回 =																																		
	往療料 4 km以上 (km)		円 ×	回 =																																		
	施術報告書交付料		前回支給:	年 月																																		
	上 記 費 用 の 合 計 金 額																																					

施術 証明 欄	上記の通り施術を行い、その費用を徴収いたしました。	令和 年 月 日
	あんま・マッサージ・指圧師 氏名:	㊞ 施術所名称:
	住所: 〒	TEL - -

同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和 年 月 日		~

ジェイティービー健康保険組合 理事長殿				令和 年 月 日
上記の療養に要した費用の支給を申請いたします。 なお療養費は下記銀行口座に振込をお願いいたします。				
振込希望銀行名	支店名	口座 普通	口座名義 (カタカナでご記入下さい)	
銀行	支店	番号		
被保険者の住所: 〒				
被保険者氏名: ㊞ TEL - -				