記入欄	健保組合	保険給付費支給決定並支出伺		常務理事	事務長		担当者
		支 給 金 額	円				

被保険者
家　族

療養費支給申請書【あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ・指圧用】

所属部署	○○○部○○○○グループ
連絡先（内線ｽﾏﾎ）	080-0000-0000（7000000）

（ ○○○○ 年 ○ 月分）

被保険者欄	被保険者等の記号・番号	療養を受けた者の氏名	フリガナ	男・女	続柄（被扶養者）	生年月日
	10-1234		トウホウ タロウ 東邦 太郎	男・女		昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

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	脳出血による筋肉麻痺	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、あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ・指圧受療の経緯

（原因については、各自が思い当たることをご記入下さい）

施術内容・証明欄

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 又は 症状		転帰	継続・治癒・中止・転医

マッサージ（施術料）	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
	施術回数	回	回	回	回	回	

通所	円 × 回＝	円
訪問施術料 1	円 × 回＝	円
訪問施		
訪問施		
訪問施		
温 電 法		
温電法・電		
変形徒手矯 ※温電法との		
特別地域（カ		
往診料		
施術報告書交付		
合　計		円

あん摩師・ﾏｯｻｰｼﾞ師・指圧師に
記入を依頼してください

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。

年　月　日

〒
所 在 地
施術所名称
免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿
あん摩マッサージ指圧師　氏 名　印
電 話

同意記録

同意医師氏名	住所	同意年月日	再同意年月日	傷病名	要加療期間

被保険者欄

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。

年　月　日

〒 456-0000
住 所 名古屋市熱田区○○町○○－○○
被保険者　氏 名　東邦 太郎
（申請者）

東邦ガス健康保険組合　理事長　殿

なお、上記金額の受領を、（事業所名）＿東邦ガス（株）＿＿＿＿＿＿＿＿ に委任します。

同意書をいただいた担当医師等へ症状の照会をする場合がありますので、同意いただきますようお願いします。（右記へご署名をお願いします）

担当医師等への症状照会に同意いたします。

署名　東邦 太郎

【添付書類】

○医師同意書
医師の再
○受療日毎の1ヶ月分の領収書【原本】※1か月分を纏めた（合計）領収書不可

・東邦ガス社員は、人事サービスGまで
・出向者・関係会社社員は、各社総務部へ提出してください。