

記 保 入 組 合 欄	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					

被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ・指圧用】

所属部署	〇〇〇部〇〇〇〇グループ
連絡先 (内線スマホ)	080-0000-0000 (7000000)

(〇〇〇〇年 〇月分)

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号	療養を受けた者の氏名	フリガナ トウホウ タロウ 東邦 太郎	続柄(被扶養者)	生年月日
	10-1234			男・女	昭・平・令 〇〇年〇月〇日
	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	
	〇〇〇〇年〇月〇日	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・マッサージ・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)					

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			口	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	軀幹	円 × 回 = 円		摘要		
	右上肢	円 × 回 = 円				
	左上肢	円 × 回 = 円				
施術内容・証明欄	<p>あん摩師・マッサージ師・指圧師に 記入を依頼してください</p>					
変形						
温罨法						
往診料						
施術報告書						
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			
免許登録番号			施術所名称			
			氏名			
			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。		〒 456-0000
	年 月 日	住 所	名古屋市熱田区〇〇町〇〇-〇〇
	東邦ガス健康保険組合 理事長 殿		被保険者 氏名 東邦 太郎
			(申請者)
なお、上記金額の受領を、(事業所名) <u>東邦ガス(株)</u> に委任します。			

【添付書類】

○医師同意書【原本】※初療日から6か月を
医師の再同意(同)

・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。

○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