

被 保 険 者 (本 人) 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	-		フリガナ				
	生年月日	昭和 平成 年 月 日		被保険者 氏名				
	被扶養者の 申請の場合 その者の	氏名		続柄		生年月日	昭 平 令 年 月 日	
	傷病名				傷病又は 負傷の年月日	平成 令和 年 月 日		
	発症又は負傷の 原因及びその経過						受 付	
	業務上の負傷ですか	はい・いいえ		第三者行為によるものですか	はい・いいえ			
	振込先	銀行名	銀行 支店		口座区分	普通・当座		
		口座名義 (被保険者)			口座番号	玩具人形健康保険組合		
	申請	上記の通り申請します。						令和 年 月 日
	住所							電話
氏名 (被保険者)	玩具人形健康保険組合理事長 殿							

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分	
	平成 令和 年 月 日	自:令和 年 月 日~至:令和 年 月 日			日	新規・継続	
	傷病名または症状					転 帰	
						継続・治療・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	マ ッ サ ー ジ	躯 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	
		往療科 4Kmまで	円×		回=	円	
		往療科 4Km超	円×		回=	円	
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×		回=	円		
合 計					円		
施術日 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						
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	1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地		
	令和 年 月 日			住所			
	免許登録番号 _____			電話			
	あん摩マッサージ指圧師 氏名						
	玩具人形健康保険組合理事長 殿						
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
			平成 令和 年 月 日				

※1ヶ月ごと記入してください。

添付書類：領収書原本

医師の同意書原本（同意日より6ヶ月有効です。有効期限後は再同意書原本を添付してください。）

