

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		被保険者の氏名と㊞		㊞											
		番号															
	被保険者の住所	〒 - (TEL - - -)															
	療養を受けた者の氏名		続柄		生年月日	S・H・R 年 月 日 生											
	傷病名		発病又は負傷の年月日		H・R	年 月 日											
	発病又は負傷原因				業務上・外、第三者行為の有無	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他											
	傷病の経過				施術を受けた施術所	名称 施術者氏名											
振込希望銀行口座	(フリガナ)	銀行	店No.		口座No.												
※被保険者名義のもの	(フリガナ)	支店	種類	・普通 ・貯蓄 ・当座	名義人氏名	(フリガナ)											
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間				実日数	請求区分										
	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日 ~ H・R 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	マッサー	軀幹	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 罎 法		円 ×	回 =	円												
	温罎法・電気光線器具		円 ×	回 =	円												
	往療料 4kmまで		円 ×	回 =	円												
	往療料 4km超		円 ×	回 =	円												
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)																	
費用額計					円												
施 術 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
通院○ 往療◎		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 _____			あん摩マッサージ指圧師 氏名 ㊞ (TEL - -)													
同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所		医療機関名												
	傷病名		要加療期間		同意年月日												
		~		令和 年 月 日													

受付日付印