

常務理事	事務長	担当者	※ 処 理 欄	※受付日	平成	年	月	日
				※決定日	平成	年	月	日

支給額	円	資格取得日	昭和・平成	年	月	日			
支給年月日	平成	年	月	日	資格喪失日	平成	年	月	日

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書(あん摩・マッサージ用) 平成 年 月 分

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証 記号番号	記号	番号	事業所名称					
	被保険者名				所属部署名				
	療養を受けた者の氏名				電話番号				
	発病・負傷の年月日	平成	年	月	日	傷病の経過			
	発病・負傷の原因								
	傷病名								
	第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無			加害者の氏名				
					加害者の住所				
	扶養者に関する申請のとき	氏名		続柄	生年月日	昭・平	年	月	日
	上記のとおり申請いたします。また、療養費の受領を所属する事業主に委任します。						平成	年	月
グリコ健康保険組合殿						〒			
						住所			
被保険者本人(自署)						氏名	印		
※ 任意継続の方は、登録の銀行口座に振り込みます。						必ずご捺印ください			

は り ・ き ゆう 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容	初療年月日	施術期間										実日数	請求区分	転帰				
		年 月 日	自:	年	月	日	～	至:	年	月	日	日	新規・継続	継続・治癒・中止					
		傷病名または症状																	
		マッサージ	躯 幹	円 ×											回 =	円			
			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			
		温電法	円 ×											回 =	円				
温電法・電気光線器具	円 ×											回 =	円						
往療料	2kmまで	円 ×											回 =	円					
加算(km)		円 ×											回 =	円					
費用額計																円			
施術日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
通院○往療◎		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																平成	年	月	日
あん摩・マッサージ師・指圧師																〒			
																住所			
																氏名	印		
																電話番号			
同意記録	同意医師の氏名	住所										同意年月		傷病名					
	要加療期間																～		
*1摘要																			

*各施術月毎(1カ月毎)申請者毎に、1枚申請して下さい。*施術を受けるごとに発行される領収書原本を全て添付して下さい。
 *医師の同意書原本(初回のみ)を添付して下さい。・・・あん摩・マッサージ師等の初療(初診)施術を受けた場合は必ず医師の同意書が必要です。さらに医師の同意があることを3カ月毎に証明する必要がありますので、必ず医師の同意を受け申請の同意記録欄の記載が必要となります。
 *1 往療がある場合は往療を必要とした理由を摘要欄に記載して下さい。