

被 保 険 者 記 入 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	ケンポハナコ	性別	続柄(被扶養者の場合)	生年月日
	10 1234	健保花子			男	妻	昭平 57年 8月 1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				
	令和 3年 4月 10日	脳出血による筋麻痺	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他				
発症または負傷の原因、およびその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯							
脳出血で右半身が自由に動かなくなり、脳外科主治医からマッサージ施術を勧められ受療開始。まだ思うように動かず受療を継続中。							

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 ( 記 入 ま た は 添 付 )	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
	令和 年 月 日			特規・継続	
	傷病名	マッ			転医
	変形術	あん摩・マッサージ・指圧師に			
	温	記入を依頼してください。			
	温電法				
	往療				
	施術報 (前回支給 合)				
	施術日				30 31
	1 2 3				所在地
上記のとおり	令和 年 月 日	あん摩 マッサージ 指圧師	住所 〒	氏名	
免許登録番号			印	TEL	

医 師 同 意 書 ( 記 入 ま た は 添 付 )	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日
		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	傷病名	診察を受けた医師に	
	症 状	記入を依頼してください。	
	施術の種類 施術部位	または、「同意書」の交付を受け	
	往 療	原本を貼付してください。	
注意事項			意
上記の者			日
令和	保 険 医 氏 名		印 TEL

被 保 険 者 記 入 欄	上記(または添付)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。	所属部店	000	
	令和 3年 5月 5日	被保険者	住所 〒100-2345 名古屋市〇〇区△△町1-2	
	カゴメ健康保険組合 理事長 殿	(申請者)	氏名 健保太郎	印
	振込指定口座(被保険者本人名義に限る)	〇〇銀行	△△△ 支店	普通預金 No. 123456

(注意事項) \*各申請者毎、施術月毎(1ヶ月単位)に、申請書1枚を提出してください。\*施術を受けることに発行される領収証原本を全て添付してください。\*初療(初診)時、およびその後6ヶ月(変形徒手矯正術は1ヶ月)毎に医師同意書の提出が必要です。

健 使 用 欄	健保使用欄です。	担当者
------------------	----------	-----