

事業所担当者( )<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

被保険者  
家族  
**療養費請求書**

あんま・マッサージ  
年 月 分

◎請求書は暦月ごと・受診者ごとにつき1枚記入して下さい。領収証(原本)と初療(初診)の場合は「医師の同意書」を添付して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者 の氏名			
	③事業所の名称					
	④被扶養者にす る申請の場合	氏名	生年月日	S H	年 月 日	
	⑤発病または 負傷年月日	年 月 日		⑥傷病名		
	⑦発病または 負傷の原因					
	⑧第三者行為に よるものですか	はい いいえ		⑨業務上または通勤 途上での傷病ですか	はい いいえ	
	⑩傷病の経過					
	⑪ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
				普通 当座		

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名 (印)

電話番号 ( )

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	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	日	新規・継続	
		傷病名					転帰
		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×	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		
	上記費用合計額					円	
施術日:通院○往療◎	月	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。					年 月 日	
	住所 〒						
	氏名					(印)	
	電話番号 ( )						
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所			同意年月日		
					年 月 日		
	傷 病 名			要加療期間			

※往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入して下さい。