

<b>健保記入欄</b> 支給額 (法定) 円 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族		<b>療養費支給申請書</b> (あんま・マッサージ) ( 4 月分・第 4 回)	
被保険者証の記号と番号 <b>1 - 123456</b>	被保険者(請求者)氏名 <b>山葉 太郎</b>	(フリガナ) ヤマハ タロウ	
事業所名 <b>ヤマハ(株) 掛川工場</b>	生年月日 <b>昭和 40 年 1 月 6 日生</b>	印	
所 属 課・係・店等 <b>GP組立</b>	メールBOX <b>KK</b>	自宅住所 <b>〒 430 - 1101 浜松市中区中沢町1111</b>	
会社 TEL 外線 <b>0537-24-7722</b> 内線 <b>1234</b>	自宅 TEL <b>053-472-1000</b>		
療養を受けた者の氏名 (フリガナ) ヤマハ ハナコ <b>山葉 花子</b>	療養を受けた者の生年月日 <b>昭和 38 年 4 月 25 日</b>	被保険者との続柄 <b>妻</b>	
傷病名 <b>関節拘縮</b>	日時 <b>R1年 6 月 18 日</b>	午前 午後 時 分 頃	
傷病の経過 <b>施術により可動が楽になってきている</b>	場所 ①会社 ②通勤途中 ③ <b>自宅</b> ④その他 ( )	状況 <b>脳梗塞後片マヒが残った</b>	
第三者の行為が原因ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	左の設定で「はい」の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない <small>(第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)</small>	

\*「領収書の(原本)と「医師の同意書(原本)」を添付

被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

\*\*被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正被保険者(請求者)の押印は不要です。(修正液等不可)

初療年月日 <b>2年 1 月 8 日</b>	施術期間 自 <b>2年 4 月 1 日</b> 至 <b>2年 4 月 30 日</b>	実日数 <b>4 日</b>	請求区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治療中止	摘要
マッサージ <b>285円 × 3 局所 × 4 回 = 3420 円</b>					
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 4kmまで 往療料 4km超 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円					
施術報告書交付料 (前年 年 月) 円 × 回 = 円					
合計 <b>3420 円</b>					
施術日 <b>4 月</b>	1 2 3 4 ⑥ 6 7 8 9 10 11 ⑫ 13 14 15 16 17 18 ⑲ 20 21 22 23 24 25 26 ⑳ 28 29 30 31				
施術証明欄 上記のとおり施術を行いました。 <b>令和 2年 4 月 27 日</b>	住所 <b>浜松市中区中沢町5555</b> あん摩マッサージ指圧師 免許登録番号 氏名 <b>佐藤 一郎</b> 電話 ( )				

医師の同意書の添付を省略する場合は、必ず記入してください。

同意医師の住所・氏名 住所 <b>浜松市中区中沢町999</b> 氏名 <b>鈴木医院</b>	同意年月日 <b>令和2年 1 月 6 日</b>	傷病名 <b>関節拘縮</b>	要加療期間 <b>6ヶ月</b>
---	------------------------------	--------------------	---------------------

委任欄 本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和 2 年 5 月 10 日 被保険者氏名 <b>山葉 太郎</b>	⑩ に委任します。
---	-----------

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

振込依頼	機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名義人名
			普通・当座		(フリガナ)
	コード No.	コード No.			

退職後にご請求される方はご希望の振込み先金融機関をご記入ください。  
 任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込みさせていただきますので記入は不要です。

備考 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)	事業所担当者印  	健保受付印  
---	-----------------	---------------

\* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。

- ※ 「施術内容欄」「施術証明欄」は、あんま・マッサージ師にて、記入してもらってください。
- ※ 健康保険扱いのできるあんま・マッサージは、医師の同意のもとに行われ、医療上必要があると認められた場合に限りられます。(医師の直接監督下に行われなければなりません。)
- <<添付書類>>
  - 医師の同意書(同意書有効期間6ヶ月、変形徒手矯正術は、1ヶ月)
    - \* 下記の場合は、同意書の添付を省略しても差し支えありません。
      - ・2回目以降の申請で、1回目の申請時に添付した同意書の加療期間内の請求の場合。
  - 領収書の(原本)