

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書 (あん摩マッサージ用)

年 月分第 回目

|                                                                                                  |                                                                          |         |                                                                               |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-------|------------------------------------------|-------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                  | 被保険者証記号番号                                                                |         | 被保険者氏名                                                                        |                                                                                     | 現住所   |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | —                                                                        |         |                                                                               |                                                                                     | 〒     |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 療養を受けた者の氏名                                                               |         | 生年月日                                                                          |                                                                                     | 続柄    | 傷病名 |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 男<br>女                                                                   |         | 昭・平<br>年 月 日生                                                                 |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 発症または負傷年月日                                                               |         | 発病または負傷の原因およびその経過                                                             |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 年 月 日・不詳                                                                 |         | 1. 業務上 2. 交通事故などの第三者による行為 3. その他 (1. 2. 以外の場合)                                |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>(<br>あ<br>ん<br>摩<br>マ<br>ッ<br>サ<br>ー<br>ジ<br>指<br>圧<br>師<br>記<br>入<br>欄<br>) | 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 | 治療・中止                                    |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 傷病名及び症状詳細                                                                |         |                                                                               |                                                                                     |       |     |       | 摘 要                                      |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | マッサージ                                                                    |         | 軀 幹                                                                           |                                                                                     | 円 ×   | 回 = | 円     | ※往療を必要とした理由、<br>施術に関する特記事項<br>などを記入して下さい |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  |                                                                          |         | 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     |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 合 計                                                                      |         |                                                                               |                                                                                     |       | 円   |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 施術日<br>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<br>あん摩マッサージ指圧師<br>(免許登録番号) 所在地<br>氏 名 ⑩<br>電 話 |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  | 同<br>意<br>記<br>録                                                         | 同意医師の氏名 |                                                                               | 住 所                                                                                 |       |     | 同意年月日 |                                          | 傷病名   |  | 要加療期間 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  |                                                                          |         |                                                                               |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同意医師の氏名                                                                                          |                                                                          | 住 所     |                                                                               |                                                                                     | 同意年月日 |     | 傷病名   |                                          | 要加療期間 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  |                                                                          |         |                                                                               |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備<br>考                                                                                           |                                                                          |         |                                                                               |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>欄                                                                                      | 上記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。 年 月 日<br>申請者(被保険者)<br>氏名 ⑩<br>昭和電線健康保険組合 殿 |         |                                                                               |                                                                                     |       |     |       |                                          |       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

添付書類 : ①領収書原本(コピー受付不可)  
②初回申請は、医師の同意書を必ず添付。2回目以降は、同意記録欄に記載あれば添付省略可。