

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
認定日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書( 年 月分)(あんま・マッサージ用)

被保険者欄	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.		被保険者 氏名	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入					
	療養を受けた 者の氏名				続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	生年月日	昭和	年	月	日
	発病又は 負傷年月日	令和	年	月	日	傷病名 (医師の同意を 受けた傷病名)					
	発病(負傷)の 原因および経過				業務上、外、 第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他( )					
	施術した場所(入居施設や住所地特 例等、保険証住所と異なる場合に記載)										
申請欄	下記のとおり療養に要した費用に関して支給を申請します。被保険者 住所 〒 ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。(申請者) 令和 年 月 日 氏名 ㊟										

施術内容欄	初療年月日	施術期間										実日数	請求区分	転帰																			
	年 月 日	自・令 年 月 日 ~ 至・令 年 月 日										日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																			
	傷病名	症状																															
	施術料	マッサージ(施術料)	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																								
		通 所	施術回数	回	回	回	回	回																									
		訪問治療料 1	円 ×	回 =	円																												
		訪問治療料 2	円 ×	回 =	円																												
		訪問治療料 3 (3人~9人)	円 ×	回 =	円																												
		訪問治療料 3 (10人以上)	円 ×	回 =	円																												
		温罨法(加算)	円 ×	回 =	円																												
		温罨法・電気光線器具(加算)	円 ×	回 =	円																												
		変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
			施術回数	回	回	回	回																										
	特別地域(加算)	円 ×	回 =	円																													
	往療料	円 ×	回 =	円																													
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円 ×	回 =	円																														
合 計	円						円																										
施術日	訪問1①	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	
通所○ 訪問2②	月																																
往療◎ 訪問3③																																	
○往療または訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他( ))																																	
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。											保健所登録区分	1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地																				
	令和 年 月 日											〒	-																				
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧										所在地	㊟																				
													名称	㊟																			
													施術管理者	氏名																			

同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要治療期間	記入者氏名
			令和 年 月 日			

事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。 令和 年 月 日 事業所 所在地 受任者 名称 事業主氏名					
--------	---	--	--	--	--	--

振込先口座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)										
	※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)										
	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)											
金融機関コード											店番号
□ 銀行 □ 信用金庫 □ ( )											□ 本店 □ 支店 □ 出張所
口座番号											口座名義(カナで記入)
普通											

【添付書類】②~④は該当する場合のみ ①領収書(原本)②医師の同意書(原本)③施術報告書(写) ④1年以上、月16回以上施術継続理由・状態記入書 ※同意書の有効期限: 最長6カ月 初療日・再同意日が1~15日: 当該月の5か月後の月末 初療日・再同意日が16~31日: 当該月の6か月後の月末	※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。 ※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。 ※申請書は暦月を単位として作成してください。 ※「施術内容」「施術証明欄」は施術管理者へ記入を依頼してください。 ※「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。 ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、該当同意書に基づく支給期間内の場合、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。	【請求書提出先】 人事総務G
---	--	-------------------