

(あんま ・ マッサージ)
療養費支給申請書(年 月分)

常務理事	事務長	担当者

被保険者記入欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	会社・事業所名		部署名	
	被保険者氏名		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	受診者氏名 年齢	年齢 才	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日
	発病/負傷の原因		施術を受けた場所 (住所を記載)	
	傷病原因 (該当する回答に☑)	他人の行為によるものですか 通勤途上・業務中によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	同 意 書			
	療養費の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。			
	受診者署名	受診者ご署名(未成年の場合は親権者が記入)	被保険者署名	被保険者ご署名
	受診者住所		署名日	年 月 日
	在職中の給付金支払い に関する同意		<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。	
退職後に請求する場合に記入 (任意継続者:記号9990は記入不要)				
金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	
			種目 普通預金	
			口座番号	
			フリガナ	
			口座名義人	
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください				

あんま師・マッサージ師記入欄※施術所発行の「療養費支給申請書」添付でも可	施術内容欄	初療年月日	施術期間														実日数	請求区分																
		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日														日	新規・継続																
		傷病名及び症状																転記																
		施術料	マッサージ(施術料)	同意部位 施術回数	躯幹 回	右上肢 回	左上肢 回	右下肢 回	左下肢 回	摘 要																								
			通所	円 × 回 = 円																														
			訪問施術料 1	円 × 回 = 円																														
			訪問施術料 2	円 × 回 = 円																														
			訪問施術料 3 (3人~9人)	円 × 回 = 円																														
			訪問施術料 3 (10人以上)	円 × 回 = 円																														
			温電法(加算)	円 × 回 = 円																														
			温電法・電気光線器具(加算)	円 × 回 = 円																														
			変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可	同意部位 施術回数	右上肢 回	左上肢 回	右下肢 回	左下肢 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																															
		一部負担金(1割・2割・3割)	円																															
		請 求 額	円																															
		施 術 日	通所○ 往診○訪問①訪問②訪問③	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
		○往療又は訪問の理由 { 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	上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。														保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																		
	令和 年 月 日 登録記号番号														住所 〒 施術所名 氏名 電話番号																			
同意記録	同意医師の氏名	医療機関名・住所														初・再同意年月日	傷病名														要加療期間			
																年 月 日																		