

( 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	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	
	受診者氏名 年齢	年齢	才	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 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		□ はい □ いいえ □ はい □ 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		□ 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	口座番号	フリガナ
				普通預金		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	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					
	施術内容欄	マッサージ(施術料)		同意部位	軀幹	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					
					円 ×	回	=						円
		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 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										
○往療又は訪問の理由 ( 1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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。 令和 年 月 日 登録記号番号						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				
							住所	施術所名	氏名				
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								