

(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	XXXX - XXXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
	会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	部署名	〇〇部 〇〇課
	被保険者氏名	健康 太郎	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日
	受診者氏名 年齢	健康 花子 年齢 XX才	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日
	傷病名	脳出血による左片麻痺	発病又は負傷 の年月日	わからない場合は 「不詳」と記入 Y 年 M 月 D 日
	発病/負傷の原因	脳出血による後遺症が原因、経過観察中	施術を受けた場所 (住所を記載)	XXXXXXX
	傷病原因 (該当する回答に☑)	他人の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 通勤途上・業務中によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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	同意書欄は 署名が必要です 健康 花子	被保険者	同意書欄は 署名が必要です 健康 太郎
受診者住所	〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X	署名日	Y 年 M 月 D 日	
在職中の給付金支 に関する同意		在職中の方は チェック ➡ <input checked="" 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。		
金融機関コード	退職後の請求、退職予定の方のみ口座を記入(任意継続被保険者を除く) 任意継続被保険者は、登録済の口座へ振込みます			
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															
		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																							
			施術回数	回	回	回	回	回																								
			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																								
			温電法・電気光線器具(加算)					円																								
			変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可	同 施				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	通院○ 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())																																
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															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 〒																																
登録記号番号															電話番号																	
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																