

( 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 險 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	○○株式会社 ○○事業所	部署名	○○部 ○○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)	XXXXXX																							
	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ																								
	同 意 書																										
	<p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">受診者署名</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">同意書欄は 署名が必要です</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">成年の場合親権者が記入) 健康 花子</td> <td style="width: 25%;">被保険者</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">同意書欄は 署名が必要です</td> <td style="width: 25%;">署名 健康 太郎</td> </tr> <tr> <td>受診者住所</td> <td colspan="2">○○県○○市○○町 X-X-X</td> <td>署名日</td> <td colspan="2">Y 年 M 月 D 日</td> </tr> <tr> <td>在職中の給付金支 に関する同意</td> <td colspan="5"><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。</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td colspan="5" style="background-color: yellow; color: red; padding: 5px;">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</td> </tr> </table>				受診者署名	同意書欄は 署名が必要です	成年の場合親権者が記入) 健康 花子	被保険者	同意書欄は 署名が必要です	署名 健康 太郎	受診者住所	○○県○○市○○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	<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			
受診者署名	同意書欄は 署名が必要です	成年の場合親権者が記入) 健康 花子	被保険者	同意書欄は 署名が必要です	署名 健康 太郎																						
受診者住所	○○県○○市○○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	<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																										

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						
		施術回数		回	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								
温罨法(加算)									円							
温罨法・電気光線器具(加算)									円							
変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可		同 施	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	通院○ 往診○訪問○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														
○往診又は訪問の理由 ( 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( ))																
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		住所 〒	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									
登録記号番号				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											