□被保険者 □被扶養者

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

※請求の時効は2年です ※治療内容の確認の為、支払いに 半年ほどかかる場合があります

日依後八八 压

		March Street						(+	刀ル	別がプノ				
	被保険者証 記号一番号	被仍	R 険者氏:	名(裏面を全)	て確認の上	、請求します)		連	絡	先					
	10 0000000			口油加	+ -		自宅	C	3-0000	0000					
	10 — 0000000			日清 份	王人	(1)	勤務先	C	03-0000-0000						
	所 属			Ħ	会	等の	同	意							
被被	受療者氏名	私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、医療機関等の関係機関、又はの関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、の請求書の写しも有効であることに同意します。													
保険者	日清 花子	f	介和	年	月	日 被保険	者氏名		青 健		(1)				
記	受療者住所	続柄	年齢		生 年	月日		発症	・負傷	年月	B				
入欄	東京都中央区日本橋○一○一○	妻	45	昭∙平	年	月	目 2	平•令	年	月	目				
	傷 病 名			傷病の	原因及で	びその経過る	と詳しく	ご記入く	、ださい	1					
	脳性麻痺	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)													
	第三者行為又は業務上による傷病ですか?		医	療助成受給	者ですか	?		施術に	要した	費用					
	□はい ⇒ 申請前に健保組合までお問い合わせ □いいえ ください		はい ⇒ いた			がい者医療 療 口その他	※月単位	※月単位(1日~月末までの合計金額) 円							
								中	口 *h	建					
	初療年月日		方	亩 術	期	間		実	日数	請求	区分				

	初	療	年	月	Ħ								施	į	贫	f	期	Ŋ.	間]					実	Ħ	数		請求		Loss
7	平•令	4	年	月	1	3		自	令	和	年		月		- 1	1	~ }	至	令 和	1	年	月		日			日	Ŕ	新規·	継	続
						傷	折	苪	名		及	7	Ķ	症		状									転 帰						
																									継続・治癒・中止・転医						
						同意部位			(射	桑)	(末	上月	支)	(左	上月	支)	(走	下肢)	(左	E下肢	支)			拍	商	要				
		マッサージ(施術料)						施術回数				回				口			口		□			旦							
		通所					-										円×				回=			円							
		訪問旅	面術料	1													円×				回=			円							
		訪問旅	面術料	2													円×				回=			円							
		訪問旅	面術料	3 (3	人~	9人)											円×				回=			円							
施術料		訪問旅	面術料	3 (1	0人具	以上)											円×				回=			円							
	温	罨 法	(加	算)													円×		1 94 7		回=			円							
	温智	・電法・電	気光線	泉器具(加算	<u>(</u>)											円×				回=			円							
	亦非	変形徒手矯正術(加算) <温罨法との併施は不可							同意		,	(右	上月	(左	E上月			下肢)													
											施術回数								回				回								
	A±	:別地域(加算)														-	円× 回:														
往療		療料																		円											
報告書																					円										
合計																								円							
施術日			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	T
通所〇 往療⑥	訪問2 訪問3	3 月																													
在療◎											□認	 知症	E や 視	覚、	内部、	精神	障害	などり	こより行	走歩り	こよる外出	困難	ロそ	の他	()	-
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。											7						保健	所到	登録 [区分	1.	施術	所所	在地	也 2.	出張	專月	刊施	術者	所在	E
令和 年 月 日									所 在 地																			-			
 あんま・マッサージ指圧師 免許登録番号										ħ	施行	行 所	名																		
)			J	モ		名						® 電					話						
同		(再)同	意医朗	iの氏名	,				同意	医的	下の住	所					同意	年	月日				傷症	要加療期間							
意記録															令	和	4	丰	月		日										

【添付書類】

【注意事項】

【提出方法】 本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保

・施術報告書(写し)※3

・医師の同意書(原本もしくは写し)※1※2 ・施術に要した費用の領収書(原本) ・施術報告書※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付※2 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は、「医師の同意書」(写し)を添付(有効期限6ヶ月)

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書(写し)」を添付

	支	給		客	頁			支	給	i	決	議書	ŧ		決定	- 令和	年	月	日
			-			常務	务理事	事	務長			給付	-	支 出	// /	13.414			
					1 1										支払	令和	年	月	日
支給期間	令和	年	月	日	日	資	格取	得	亚	 令	年	F	<u>_</u>	日					
州川	令和	年	月	日		資	格 喪	失	令和]	年	月		日					2024