（ 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 □ はい	□ いいえ □ 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	□ 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

添付書類　ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー（店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ）
※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）及び振込専用の新しい口座番号（7桁）を記入

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	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘 要
マッサージ（施術料）	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。

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　　住所　〒
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		