

(あんま・マッサージ) 療養費支給申請書

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 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 | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| 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 | | | |
| 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 <small>(未成年の場合は親権者が記入)</small> | 被保険者署名 | 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 |
| 在職中の給付金支払いに関する同意 | <input checked="" type="checkbox"/> 在職中の方は → <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。 | 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 | 店舗コード | 種目 | 口座番号 |
| フリガナ | | | |
| 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 | | | |
| 添付書類 | ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行に口座を開設し、ゆうちょ銀行のゆうちょ口座番号(ゆうちょ番号)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 | 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 | 転記 | | | | | |
| | マッサージ | 軀幹 | 円 × 回 = 円 | 摘要 | | | |
| | | 右上肢 | あんまマッサージ指圧師に記入依頼してください | | | | |
| | | 左上肢 | | | | | |
| | | 右下肢 | | | | 円 × 回 = 円 | |
| | | 左下肢 | | | | 円 × 回 = 円 | |
| | 変形徒手矯正術 | 円 × 肢 × 回 = 円 | | | | | |
| | 温電法 | 円 × 回 = 円 | | | | | |
| 電電法・電気光線器具 | 円 × 回 = 円 | | | | | | |
| 往療料 | 4kmまで | 円 × 回 = 円 | | | | | |
| | 4km 超 | 円 × 回 = 円 | | | | | |
| 施術報告書交付料(前回支給 年 月分) | | 円 | | | | | |
| 費用総額 | | 円 | | | | | |
| 施術日 通院○ 往診○ | | 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 | | | | | |
| 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 〒 | | | | | | | |
| あんまマッサージ指圧師免許登録番号 | | 施術所名 氏名 | 電話番号 | | | | |
| 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 | | | | | |