（ 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	○○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	☑ 昭和　☐ 平成　☐ 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	☑ 昭和　☐ 平成　☐ 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	☐ 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	同意書欄は署名が必要です　成年の場合は親権者が記入）　健康　花子	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	○○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	在職中の方はチェック ➡　☑ 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

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

※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

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	躯幹	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	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						

あんまマッサージ指圧師に記入依頼してくださいい

施 術 日	通院○ 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		