

(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	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	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	
あんまマッサージ指圧師免許登録番号		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			