

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	<input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 家族療養費	円
				<input type="checkbox"/> 一部負担還元金 <input type="checkbox"/> 家族療養付加金	円
資格取得	昭和・平成 年 月 日		支給期間	平成 年 月 日	日間
資格喪失	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
計算式					

上記は記入しないでください。

- 被保険者  
・  
 被扶養者

## 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ用) (平成 XX 年 X 月分)

平成 XX 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 <b>1010</b>	請求者の 氏名と印	<b>健保 花子</b>		(印)
		番号 <b>99999</b>				
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。				
	被保険者の住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ <b>〇〇県〇〇市〇〇町3-4-5</b>				
	会社名および所属	<b>〇〇〇〇株式会社</b>		<b>〇〇 部 〇〇 課</b>		
	申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名	生 年 月 日	続 柄		
	傷 病 名	<b>脳梗塞による半身麻痺</b>		発病または負傷日	平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日	
	発病負傷の原因	<b>不明</b>				
	第三者行為による ものですか	<b>いいえ</b> ・ はい (別紙届出必要)				
	傷病の経過	<b>良好</b>				
施術を受けた期間	自 平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日	至 平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日	<b>3</b> 日間	施術に要した 費用の額	<b>2,370</b> 円	

# 施術者記入欄

施術 内容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	
	平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日		自：平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日 ～ 至：平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日		<b>3</b> 日	<b>新規</b> ・継続	
	傷病名または症状		<b>脳梗塞による半身麻痺</b>			転 帰	
	マッサージ		躯幹	<b>340</b> 円 ×	<b>3</b> 回 =	<b>1,020</b> 円	<b>継続</b> ・治癒 中止・転医
			右上肢	<b>340</b> 円 ×	<b>3</b> 回 =	<b>1,020</b> 円	
			左上肢	円 ×	回 =	円	摘 要
			右下肢	円 ×	回 =	円	
			左下肢	円 ×	回 =	円	
	変形徒手矯正術		円 ×	肢 ×	回 =	円	
	温罨法		円 ×		回 =	円	
	温罨法・電気光線器具		<b>110</b> 円 ×	<b>3</b> 回 =	<b>330</b> 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 ×		回 =	円	
合 計		<b>2,370</b> 円					
施術日	通院○ 往療◎	<b>X</b> 月	1 ② 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ⑬ 14 15 16 17 18 19 20 21 22 ⑭ 24 25 26 27 28 29 30 31				
施術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		住所（所在地）		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 <b>345-6</b>		
	免許登録番号（あん摩・マッサージ指圧師）		施術所名		〇〇あん摩・マッサージ会 按摩 太郎 印		
	〇〇〇〇〇〇		氏 名		按摩 太郎		
			電 話		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
医師 の 同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所（医療機関名）		同意年月日		
	<b>医師 太郎 先生</b>		<b>〇〇県〇〇市〇〇町 888</b> <b>〇〇〇〇病院</b>		平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日		
	傷 病 名		要加療期間		同意書有効期限		
	<b>脳梗塞後遺症</b>		<b>3ヵ月</b>		平成 <b>XX</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日		
		摘 要					

領収書および医師の同意書をつけて申請してください。  
同意書は6ヵ月毎に提出してください。