

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</b> 部 <b>〇〇</b> 課
	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	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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>2,040</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>285</b> 円 ×	<b>3</b> 回 =	<b>855</b> 円	<b>継続</b> ・治癒 中止・転医
		右上肢	<b>285</b> 円 ×	<b>3</b> 回 =	<b>855</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	2Km まで	円 ×	回 =	円		
	加算( Km)	円 ×	回 =	円		
合 計		<b>2,040</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 ⑳ 23 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 <b>〇〇県〇〇市〇〇町 345-6</b> 免許登録番号 <u>〇〇〇〇〇〇</u> 施術所名 <b>〇〇あん摩・マッサージ会</b> 氏 名 <b>按摩 太郎</b> (印) 電 話 <b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b>			
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	摘 要		
<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				

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3ヵ月毎に提出してください。