

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・平・令	年 月 日	支給	平・令	年 月 日
資格喪失	令	年 月 日	期間	平・令	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) (令和 X 年 X 月分)

令和 X 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)
	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 1-2-3</b>		
	会社名および所属	<b>日本無線株式会社</b>		〇〇 部 〇〇 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・令 X 年 X 月 X 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	いいえ (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・令 X 年 X 月 X 日 至 平・令 X 年 X 月 X 日	<b>3</b> 日間	施術に要した 費用の額

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・令 X 年 X 月 X 日		自：平・令 X 年 X 月 X 日 ～ 至：平・令 X 年 X 月 X 日		3 日	新規・継続	
	傷病名または症状		脳梗塞による半身麻痺			転帰	
	マッサージ		躯幹	340 円 ×	3 回 =	1,020 円	継続・治療 中止・転医
			右上肢	340 円 ×	3 回 =	1,020 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		110 円 ×	3 回 =	330 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：令和 年 月分)		円 ×		回 =	円	
合計		2,370 円					
施術日	通院○ 往療○	X 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				
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）		〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町 123		
	免許登録番号（あん摩・マッサージ指圧師） 〇〇〇〇〇〇		施術所名		〇〇あん摩・マッサージ会		
			氏名		按摩 太郎 (印)		
			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		
	医師 花子 先生		〇〇県〇〇市〇〇町 4-5-6 〇〇〇〇病院		平・令 X 年 X 月 X 日		
	傷病名		要加療期間	同意書有効期限		摘要	
	脳梗塞後遺症		3ヵ月	平・令 X 年 X 月 X 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6ヵ月毎に提出してください。