

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名													
	事業所(会社)名称			所属・電話	(TEL :)												
	受療者氏名		続柄	生年月日	昭和 平成・令和 年 月 日												
	傷病名			発病又は 負傷年月日	昭和 平成・令和 年 月 日												
	発病又は負傷の 原因及び経過																
	施術の期間 (申請期間:月単位)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	施術に要した費用の額	円												
	第三者行為に よる傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい⇒「第三者による傷害届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ		業務上又は通勤途上 での傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい⇒申請できません <input type="checkbox"/> いいえ												
上記のとおり書類一式をそろえて請求いたします。 令和 年 月 日 沖電気工業健康保険組合理事長 殿			振 込 先	金融機関名	預金種別	普通 当座 その他											
被保険者 住所 氏名				銀行													
				支店													
				口座番号													
				フリガナ													
				口座名義													
施 術 者 (あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師) 記 入 欄	初療年月日	平成・令和 年 月 日		施術期間	自・平成・令和 年 月 日～ 至・平成・令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止・転医						
	傷病名及び症状詳細	<input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 麻痺															
	マッサージ	躯幹	円×		回＝	円	摘 要 <往療が必要な理由>										
		右上肢	円×		回＝	円											
		左上肢	円×		回＝	円											
		右下肢	円×		回＝	円											
		左下肢	円×		回＝	円											
	変形徒手矯正術(加算)※	円×	肢×	回＝	円	※温電法との併施は不可											
	温電法(加算)	円×		回＝	円												
	温電法・電気光線器具(加算)	円×		回＝	円												
	往療料	4 km まで	円×		回＝							円					
		4 km 超	円×		回＝							円					
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×		回＝	円												
	費用額計											円					
施術日	通院○ 往療◎	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。			保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地												
	令和 年 月 日			住所(所在地)													
	免許登録番号			施術所名 氏名 電話													
同 意 記 録	同意医師の氏名	住所	初診同意年月日	再同意年月日	傷病名	要加療期間											
	前回																
	今回																

支給決定伺(健保記入欄)

支給額	円	常務理事	事務長	課長	担当
A + B	円				
A	円× / 10 = 円				
B (円× / 10) - 25,000 = 円				