**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 | [ ] は　い⇒「第三者による傷害届」を提出[ ] いいえ | 業務上又は通勤途上での傷病ですか | [ ] はい⇒申請できません[ ] 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 殿被保険者住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 振込先 | 金融機関名 | 預金種別 | 普通当座その他 |
| 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 | 施術内容欄 | 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 | 転帰 |
| 平成･令和　　年　　月　 日 | 自・平成･令和　　　年　　月　　日～至・平成･令和　　　年　　月　　日 | 日 | 新規・継続 | 継続・治癒・中止・転医 |
| 傷病名及び症状詳細 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□拘縮　□麻痺 |
| マッサージ | 躯　幹　　　　　　円×　　　　　　　　　回＝　　　　　円 | 摘　　要＜往療が必要な理由＞※温罨法との併施は不可 |
| 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 |
| 温罨法（加算） | 　　　円×　　　　　　　　　回＝　　　　　円 |
| 温罨法・電気光線器具（加算） | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　円 |
| 往療料 | ４km まで | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　円 |
| ４㎞ 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。住所（所在地）施術所名氏名電話　令和 　　　年　　　月　　　日免許登録番号　　　　　　　　　　　　　　あん摩マッサージ指圧師 | 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 |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給額 | 常務理事 | 事務長 | 課　長 | 担　当 |
| Ａ＋Ｂ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |  |  |  |  |
| Ａ　　　　　　　円×　／１０＝　　　　　　　　　　　円 |
| Ｂ（　　　　　　円×　／１０）－25,000＝　　　　　　円 |

　**支　給　決　定　伺（健保記入欄）**

a1002-3\_0507