**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