|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者証  記号・番号 | | | | | | | 記号 |  | | | | 番号 | |  | | | | | | | | | | | 被保険者  氏　　名 | | | | | 〇施術した場所（入居施設や住所地特例等、被保険者住所と異なる場合に記載） | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日から  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  被保険者記入欄  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 | | | |
| 振込先 | | フリガナ | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | 預金種目 | | | | □普通　□当座 | | | | | | | | フリガナ | | |  | |
| 金融機関名 | | | | | 銀行 | | | | | 支店 | | | | | | | | | | 口座番号 | | | |  | | | | | | | | 名　義 | | |  | |
| 上記の通り書類一式をそろえて請求いたします。  被保険者  住所  氏名  　令和　　　年　　　月　　　日  　沖電気工業健康保険組合理事長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| あん摩・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 | | | |
| 平･令 | | | | 年月日 | | | | | 自・令和　　年　　　月　　　日～至・令和　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 | | | 新規 ・ 継続 | | | |
| 傷病名及び症状 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 転　　帰 | | | |
| 継続・治癒・中止・転医 | | | |
| 施術料 | | マッサージ（施術料） | | | | | | | | 同意部位 | | （躯幹） | | | | | | （右上肢） | | | | （左上肢） | | | | （右下肢） | | | | （左上肢） | | | | 摘　　要 | | | |
| 施術回数 | | 回 | | | | | | 回 | | | | 回 | | | | 回 | | | | 回 | | | |
|  | | | 通所 | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 訪問施術料１ | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 訪問施術料２ | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 訪問施術料３(３人～９人) | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 訪問施術料３(10人以上) | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温罨法（加算） | | | | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温罨法・電気光線器具（加算） | | | | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変形徒手矯正術（加算）  ※温罨法との併施は不可 | | | | | | | | 同意部位 | | | | （右上肢） | | | | | | （左上肢） | | | （右下肢） | | | | | （左上肢） | | | | | |
| 施術回数 | | | | 回 | | | | | | 回 | | | 回 | | | | | 回 | | | | | |
| 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別地域（加算） | | | | | | | | 円×　　　　　　　　　回＝　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療料 | | | | | | | | | | 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  施術日  訪問１①  訪問２②  訪問３③ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所〇  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〇往療又は訪問の理由（１．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　　２．認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　　３．その他（　　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　 令和　　　年　　　月　　　日  免許登録番号  　　　　　　　　　　　　　　あん摩マッサージ指圧師  同意記録 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | |
| 住所（所在地）  施術所名  氏名  電話 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | 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 | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |

**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）**

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

1002-3\_0610