|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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