

第一生命健康保険組合 御中

受信No.

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の 資格情報	記 号					番 号										所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)																																																	
被保険者(本人)氏名															部 支 社 会 社		課 営業オフィス																																																
															資格取得年月日		S・H・R		年		月		日		資格喪失年月日		R		年		月		日																																
あん摩 マッ サー ジ 指 圧 師 記 入 欄 (施 術 者 が 記 入 す る)	初療年月日		令和		年		月		日		施術期間					自		年		月		日		至		年		月		日		実日数		請求区分																															
	傷病名及び 症状詳細												新規		・		継続																																																
	マッ サー ジ		軀 幹		円		×		回		=		円		摘 要 ※ 往療の場合は、往療を必要とした理由を記入してください。																																																		
			右 上 肢		円		×		回		=		円																																																				
			左 上 肢		円		×		回		=		円																																																				
			右 下 肢		円		×		回		=		円																																																				
			左 下 肢		円		×		回		=		円																																																				
	温電法(加算)				円		×		回		=		円																																																				
	温電法・電気光線器具(加算)				円		×		回		=		円																																																				
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		右 上 肢		円		×		回		=		円																																																				
			左 上 肢		円		×		回		=		円																																																				
			右 下 肢		円		×		回		=		円																																																				
			左 下 肢		円		×		回		=		円																																																				
	往療料 4kmまで				円		×		回		=		円																																																				
	往療料 4km 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 合 計				円																												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。 免許登録番号										〒		住 所		電話		令和		年		月		日																																									
同 意 記 録		同意医師の氏名		住所及び医療機関名		同意年月日		傷病名		要加療期間																																																							
		医療機関住所		初診同意年月日																																																													
		令和		年						月		日																																																					
		医療機関名		再同意年月日		令和		年		月		日																																																					

被 保 険 者 記 入 欄	療養を受けた 者の氏名		その者の 生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日		年齢		歳		被保険者 との続柄					
	傷病名				○に は ○を 必 ず し て 下 さ い		◇左記傷病の原因は、事故によるものですか？ はい いいえ															
	発病または 負傷年月日		平成 令和				年		月		日		◇左記傷病の原因として第三者(相手)は いますか？ はい いいえ									
	施術の期間		令和 令和				年		月		日から		日まで		◇左記傷病の原因は、業務上または 通勤災害ですか？ はい いいえ							
	傷病の原因・経過 (どこで、どのような状況・原因・ 経過を詳しく記入)				施術に要した 費用の額				円													
	上記のとおり申請いたします 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注3)				令和		年		月		日											
住所		〒																				
被保険者(本人)				昭和 平成 令和		年		月		日生												
氏名																						

- (注) 1. 施術を受けるごとに発行される領収書(原本)を全て添付し、暦月ごとに申請してください。
2. 医師の同意書、意見書を添付してください。6ヶ月を超えて引続き施術が必要な場合は、診察のうえ、再同意書、施術報告書(写)の提出が必要です。
※変形徒手矯正術を受ける場合は、毎月医師の同意書の提出が必要です。
3. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です。(ご登録の保険料振替口座に支給します)
4. 初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術を受けた場合は、『1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書』の提出が必要です。
5. 給付を受ける権利は、医療機関等に費用を支払った翌日から2年で時効となります。
※ただし、喪失後受診(他の組合健保や国保等へ返納した医療費を申請する場合)は、診療を受けた日の翌日から2年で時効となります。

健 保 組 合 処 理 欄	保険給付金		区 分		同意書		施術報告書交付料		備 考	
	円		本人 家族 六歳 高一 高7		有 無 無しの場合前回同意年月日 R 年 月 日		有 無 R 年 月 日			
	常務理事		事務長		担 当		換算		支 払	
常務理事		事務長		担 当				入力者・入力日		