

第一生命健康保険組合 御中

受信No.

被保険者

療養費支給申請書

(年 月分)

(あんま・マッサージ用)

被扶養者

被保険者証	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
男 ・ 女			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

あんま 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	日	請求区分	新規 ・ 継続	
	傷病名及び 症状詳細							転 帰	継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医
	マッサージ	軀 幹	円 × 回 =	円	※ 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	

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	令和 年 月 日	電話	
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	男 女	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○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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	施術の期間	令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで				◇左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	〒			住所	令和 年 月 日		
被保険者(本人)	氏名			昭和 平成 令和	年 月 日	日生		

- (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	円	区分	本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 六歳 <input type="checkbox"/> 高一 <input type="checkbox"/> 高7 <input type="checkbox"/>	同意書	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	施術報告書交付料	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	備考
	事務長	担当	検算	支 払	事務長	担当	入力者・入力日		