

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)

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)	
被保険者氏名	男・女	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 ャ ャ ャ ャ サ ャ ャ ャ ャ ー ャ ャ ャ ャ ジ ャ ャ ャ ャ	躯 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						
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円						
	温電法	円 ×	回 =	円							
	温電法・電気光線器具	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。		〒		令和 年 月 日		電話				
	住所		氏名		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	住所及び医療機関名	同意年月日	傷病名	要加療期間						
			初診同意年月日 令和 年 月 日 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○を必ずすどてちらさい ◇左記傷病の原因は、事故によるものですか? はい いいえ ◇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 ◇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						
	発病または負傷年月日	平成 令和 年 月 日						
	施術の期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで					
	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		昭和 平成 令和 年 月 日生		氏名 (印)		

- (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。H30年10月以降は、診察のうえ、6ヶ月毎に再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(健保組合ご登録の口座へ支給します)

健保組合処理欄	保険給付金	区 分	同意書有無	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							
	常務理事	事務長	担 当	検算	支 払	常務理事	事務長	担 当	支払年月日	支払方法