

療養費支給申請書 (年 月分)

あんま・マッサージ用

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	記号	番号	所属会社名 及び部署名	電話 ()				年	月	日																					
	Emp. No.				続柄	生年月日																										
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ	男・ 女																													
	発病又は 負傷年月日	年	月	日	傷病名																											
	発症又は負傷の原因及びその経過					業務上・外、第三者行為の有無																										
					1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他																											
上記の診療に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 年 月 日 住所 〒																																
申請者 アクセンチュア健康保険組合 殿 (被保険者) 氏名 ㊟																																
金融機関名				預金の種類	口座番号																											
銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	口座名義 (カナ) (被保険者名義)																										
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間				実日数	請 求 区 分																									
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日				日	新 規 ・ 継 続																									
	傷病名又は症状						転 帰																									
							継続・治癒・中止・転医																									
	マッサージ	躯幹	円×	回=	円	摘 要																										
		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×	回=	円																											
温罨法		円×	回=	円																												
温罨法・電気光線器具		円×	回=	円																												
往療料 2kmまで		円×	回=	円																												
加算 (km)		円×	回=	円																												
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。 年 月 日 住所																															
	あんまマッサージ指圧師 氏名 ㊟ 電話																															
同 意 記 録	同意医師の氏名			住 所			同意年月日			傷 病 名		要加療期間																				
							年 月 日																									

備 考 欄	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー (両面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー (両面) のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点

受付日付印

療養費支給申請書 (年 月分) はり・きゅう用

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	記号	番号	所属会社名 及び部署名	電話 ()			
	Emp. No.					年	月	日
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ	男・ 女	続柄	生年月日			
	発病又は 負傷年月日	年	月	日	傷病名			
	発症又は負傷の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無			
				1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他				
上記の診療に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。								
年 月 日				住所 〒				
アクセントア健康保険組合 殿				申請者 (被保険者) 氏名 ④				
金融機関名				預金の種類	口座番号			
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				1. 普通 2. 当座	口座名義 (カナ) (被保険者名義)			
初療	年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分		
年	月	日	自・	年 月 日	～至・	年 月 日	日	
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()					新 規 ・ 継 続 転 帰		
初回	1. はり 2. はり (電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう (電気温灸器併用) 5. はり・きゅう併用 6. はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)			円		摘 要		
2 回 目 以 降	はり			円×	回=	円		
	はり (電気鍼併用)			円×	回=	円		
	きゅう			円×	回=	円		
	きゅう (電気温灸器併用)			円×	回=	円		
	はり・きゅう併用			円×	回=	円		
はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)			円×	回=	円			
往 療 料 2kmまで			円×	回=	円			
加 算 (km)			円×	回=	円			
費 用 額 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						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。								
年 月 日				住所				
はり師・きゅう師				氏名 ④ 電話				
備考								
同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名	要加療期間	
				年 月 日				

備 考 欄	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)
	*マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。
	①通知カードのコピー (両面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー (両面) のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点

受付日付印