

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 9 | 番号 2000 | 所属会社名 及び部署名 | 〇〇株式会社 第1営業部 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Emp. No. | 10121234 | | | 電話 | 045 (123) 4567 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 療養を受けた者の氏名 | フリガナ アカサカ ユウコ | 男・女 女 | 続柄 | 妻 | 生年月日 | 1971 | 0 | 5 | 1 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病又は負傷年月日 | 2019 年 4 月 15 日 | | 傷病名 | 頰肩腕症候群 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2019 年 6 月 10 日 | | 住所 | | 〒 156-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アクセントア健康保険組合 殿 | | 申請者 (被保険者) | | 氏名 赤坂 健吾 (赤坂) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関名 | | | | 預金の種類 | 口座番号 | | 7654321 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〇〇 銀行 〇〇 本店 | | | | 1. 普通 | 口座名義 (カナ) | | アカサカ ケンゴ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金庫 農協 | | | | 2. 当座 | (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 | 軀幹 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温巻法 | | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温巻法 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

その被保険者記入欄は、施術を被保険者本人がご記入ください。記入を依頼してください。

あんま・マッサージ・指圧師の記入欄

| |
|--|
| 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 9 | 番号 2000 | 所属会社名 及び部署名 〇〇株式会社 第1営業部 | 電話 045 (123) 4567 | | | |
| | Emp. No. | 10121234 | | | 妻 | 生年月日 | 1971 | 0516 |
| | 療養を受けた者の氏名 | フリガナ アカサカ ユウコ 赤坂 優子 | | 続柄 | 男 女 | | | |
| | 発病又は負傷年月日 | 2019 年 4 月 15 日 | | 傷病名 | 腰痛症 | | | |
| 入 欄 | 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。 | | | | | | | |
| | 2019 年 6 月 10 日 | | 住所 〒 156-0000 | | 東京都〇〇区〇〇1-2-3 | | | |
| アクセンチュア健康保険組合 殿 | | | 申請者 (被保険者) 氏名 | | 赤坂 健吾 | | | |
| 金融機関名 | | | 預金の種類 | 口座番号 | | 7654321 | | |
| 〇〇 銀行 〇〇 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) | | アカサカ ケンゴ | | |
| 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 | 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 () | | | | 転 帰 継続・治癒・中止・転医 | | |
| | 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 (電気鍼併用) | | | 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× | 円 | | |
| 費用額計 | | | | | | | | |
| 施術日 | 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 | | | | | | | |
| 通院○ | | | | | | | | |
| 往療◎ | | | | | | | | |
| 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 | | 氏名 | | | |
| 備 考 | はり師・きゅう師 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 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 | | | |

その被保険者記入欄は、施術を行った本人がご記入ください。記入を依頼してください。

はり師・きゅう師の記入欄

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