

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

(令和〇年 〇〇月施術分) (あん摩・マッサージ用)

巴川コーポレーション健康保険組合 殿 ※ 本人自筆の場合は押印は不要です

本人
6歳未満
家族
高齢 9・8
高齢 7

被保険者記号・番号		〇〇 - 〇〇〇〇		事業所名称		巴川コーポレーション					
被保険者氏名		巴川 太郎		※ 自筆署名の場合 押印不要		被保険者住所		A県B市C区33-4-1			
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) トモエガワ ハナコ			続柄		傷病名		〇〇〇〇			
	巴川 花子			1.男 2.女		発病または 負傷年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日			
				妻		発症または負傷の原因およびその経過					
	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生					※ この欄はわかる範囲で記入してください。					
業務上の負傷ですか		はい・いいえ		第三者の行為（交通事故等）によるものですか		はい・いいえ					
施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分		
	令和 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 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. () 付記 ()				転 帰				
	傷病名又は症状						継続・治癒・中止・転医				
	マ ッ サ ー ジ		駆 幹 円× 回= 円 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 円× 回= 円				摘要 往療を必要とした理由 施術に関する特記事項など				
	変形徒手矯正術		円× 回= 円								
	温 電 法		円× 回= 円								
	温電法・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 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		あん摩師・ マッサージ師		住所					
施術者登録番号				氏名		Ⓔ					
				電話							
委任状	私は、下記を代理人と定め、本書で申請する療養費（家族療養費）の給付について 受領方を委任いたします。										
	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇		住所								
	申請者 A県B市C区33-4-1		代理人								
	氏名 巴川 太郎		事業所及び 代表者名								
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		
	〇〇〇〇		A県B市C区33-8		〇〇年 〇〇月 〇〇日		〇〇〇〇〇〇		〇ヶ月間など		

(医師の同意書について)
初療の場合は、医師の同意書を添付してください。以後は、6カ月毎定期的に同意書の提出が必要です。

受付日付印

事業所
担当者印