

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

(令和 年 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

	常務理事	事務長	係

本人
6歳未満
家族
高齢 9・8
高齢 7

被保険者記号・番号		-		事業所名称															
被保険者氏名				※ 自筆署名の場合 押印不要		被保険者住所													
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)			続柄		傷病名													
				1.男 2.女		発病または 負傷年月日													
						年 月 日													
	昭和・平成 年 月 日 生					発症または負傷の原因およびその経過													
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× 肢× 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 ⑩																	
		電話																	
振込先口座	銀行名						支店名												
	口座区分						口座番号												
	口座名義(カナ)																		
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												

(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ヵ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