

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		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	発病または負傷年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	巴川 花子		1.男 2.女		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		妻		※ 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						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・										住所																	
	施術者登録番号			マッサージ師										氏名 ④																	
電話																															

振込先口座同意記録	銀行名	〇〇銀行										支店名	〇〇支店																														
	口座区分	普通										口座番号	1234567																														
	口座名義(カナ)	トモエガワ タロウ																																									
同意	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
-------	-------------