

健保組合 処理欄	支給決議書		常務理事	事務長	係
	支給額	<div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">健保記入欄</div>			
	支払区分				
	7割 8割 9割		資格喪失	年 月 日	

太陽誘電健康保険組合 御中

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書(あん摩・マッサージ・指圧用)

(平成 年 月分)  
第 回

被保険者 記入欄	被保険者証 記号-番号	受療者氏名	続柄	生年月日
	3 - 12354	健保 花子	本人	昭平 63年 5月 1日
	発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか?	
	平成 30年 10月 1日	(医師の同意を受けた傷病名)	<input type="checkbox"/> はい(「第三者による傷病届」を提出) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	傷病の原因及びその経過		施術に要した費用	
	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)		5,630 円	

下記の通り施術を行い、その費用を申請します。

又、太陽誘電健康保険組合が医療機関などの関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、又当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。

平成 30年 11月 15日

住所 群馬県高崎市栄町8番1号

被保険者氏名 健保 花子

(請求者氏名)

TEL

印

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日		
傷病名又は症状			転帰	
			継続・治癒・中止・転医	
マッサージ	駆幹	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× 肢×	回=	円	
温罨法	円×	回=	円	
温罨法・電気光線器具	円×	回=	円	
往療料 4kmまで	円×	回=	円	
往療料 4km超	円×	回=	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円	
合計				

施術者記入欄

施術日: 通院○、往療◎( 月施術分)

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

上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。

所在地

平成 年 月 日

施術所

あんま・マッサージ師・指圧師

氏名

印

免許登録番号

TEL

同意記録	(再)同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間

【添付書類】①医師の同意書(原本)※1,2 ②施術に要した費用の領収証(原本) ③施術報告書(写)※3

※1「医師の同意書」は申請の都度添付することが原則となりますが、同意書の有効期間内における2回目以降の申請に於いては、同意書の添付を省略して差支えありません。(有効期間:6ヶ月)但し、「変形徒手矯正術」については、同意書の有効期限は1ヶ月とされており、申請の都度必ず同意書を添付する必要があります。

※2「医師の同意書」の有効期限を気手さらに施術を受ける場合は、医師の診察を受けたうえで、改めて交付された「医師の同意書」を添付する必要があります。

※3施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた「施術報告書(写)」を添付する必要があります。