

- 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

療養費支給申請書(あんま・マッサージ・指圧用)

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	—	被保険者氏名						
	事業所 名称		所属 (工場・支社)	(部署名)					
	受療者		続柄	受療者の生年月日	S・H R	年	月	日生	年齢
	傷病名		発病または負傷 の年月日、時間	H・R	年	月	日	午前・午後 : 頃	
	傷病の原因		傷病の経過						
	第三者行為による 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為に関する書式」一式を提出			業務上、または通勤 途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	施術した場所	(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)							
上記のとおり請求します。ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 ジェイテクト健康保険組合が医療機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた 療養費の内容照会をおこなうこと、また当該医療機関等が内容照会することに同意します。 令和 年 月 日 住所 〒 — 被保険者氏名(請求者氏名) 電話番号 ()			資 格 喪 失 (予 定) 者 記 入 欄	◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)					
(金融機関コード)		(店番コード)							
(フリガナ)		(フリガナ)							
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所							
普通	口座番号(7桁)	フリガナ		名義					
※請求者名義の口座に限る									

施 術 者 (あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師) 記 入 欄	初療年月日	年 月 日	施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止・転医																								
	傷病名及び症状詳細																																	
	施 術 内 容 欄	マッサージ(施術料)	同意部位 施術回数	軀幹 回	右上肢 回	左上肢 回	右下肢 回	左下肢 回	摘 要																									
		通所	円 ×			回 =		円																										
		訪問施術料 1	円 ×			回 =		円																										
		訪問施術料 2	円 ×			回 =		円																										
		訪問施術料 3 (3人~9人)	円 ×			回 =		円																										
		訪問施術料 3 (10人以上)	円 ×			回 =		円																										
		変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併用は不可	円 ×	肢 ×		回 =		円																										
	温電法(加算)	円 ×			回 =		円																											
温電法・電気光線器具(加算)	円 ×			回 =		円																												
特別地域(加算)	円 ×			回 =		円																												
往療料	円 ×			回 =		円																												
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円 ×			回 =		円																												
合計							円																											
施術日	訪問1①	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	
通所○	訪問2②																																	
往療◎	訪問3③																																	
往療又は訪問の理由	1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難			2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難			3. その他()																											
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	保健所登録区分		1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者住所地																													
令和 年 月 日	所在地		あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号		施術所名		氏名		☎		電話番号 ()		—																					
同意医師の氏名	同意医師の住所		初回同意年月日		傷病名		要加療期間																											
同意医師の氏名	同意医師の住所		再同意年月日		傷病名		要加療期間																											

事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ☎									
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【添付書類(原本)】

- 医師の同意書(初回申請時・継続受診6ヵ月ごと添付)

(再同意は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可。ただし、6ヵ月を超えて引き続き受療する場合は、再度保険医から同意書の交付を受け添付する必要があります。)

- 領収書(レシート不可)