

支給額								資格取得年月日	年	月	日
法定給付								資格喪失年月日	年	月	日
附加給付											

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ用) (年 月 施術分)

被保険者 記号 - 番号		-		被保険者氏名																												
施術が被扶養者に関する場合はその者の氏名・生年月日	(フリガナ)		業務上・外、第三者行為の有無																													
	1 男		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他()																													
	2 女		発症又は負傷の原因及びその経過																													
5・7・9 昭・平・令		年 月 日生																														
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間						実日数		発病又は負傷年月日																					
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日						日		年 月 日																					
	傷 病 名 又 は 症 状		請 求 区 分																													
	マ ッ サ ー ジ		新 規 ・ 継 続																													
	変 形 徒 手 矯 正 術		円 × 局所 × 回 = 円																													
	温 電 法		円 × 回 = 円																													
	温 電 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円 × 回 = 円																													
	往 療 料 4kmまで 加 算 (km)		円 × 回 = 円																													
	合 計		円																													
	一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)		円																													
請 求 額		円																														
施術日 通院○ 住療◎	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
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。						保健所登録区分		1 施術所所在地 2 出張専門施術師住所地																							
	年 月 日 住所 免許登録番号 あん摩・マッサージ・指圧師 氏名 電話																															
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。						年 月 日 千 百 十 円																									
	申請者住所 ビックカメラ健康保険組合 理事長 様 (被保険者) 氏名 電話																															
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	口 座 番 号						金融機関コード	支店コード																						
	1 振 込 口 座 名 義 (カタカナで記入)	1 普 通 座 2 当 座							金融機関名	銀 行 庫 協 本 店 支 店 出 張 所 金 農 協																						
委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。						年 月 日																									
	申請者住所 (被保険者) 氏名						代理人住所 氏名																									
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																					
							年 月 日																									

記入上の注意

- 1 施術内容欄の請求区分及び転帰欄については、該当する項目を○で囲んでください。
- 2 「摘要」欄は、施術に関する特記事項(往療先の住所・施設名及び往療を必要とした理由等)を記入してください。
- 3 申請欄及び委任欄の署名及び押印は、被保険者自身が行ってください。自筆での署名ができない場合は、委任状(参考様式第1号)を添付の上、成年後見人又は親族等の代筆により申請及び委任を行ってください。
- 4 初療時には医師の同意書を添付してください。また、初療の日から6箇月が経過するごとの医師の同意(書)が必要です。
- 5 同意書の原本、領収証の原本、往療を受けた場合は、往療明細の原本。(再同意の場合、施術報告書の写し及び施術報告書交付料領収証の原本)
- 6 マイナンバーにより申請する場合は、被保険者記号番号欄にご記入ください。記号番号を記入すればマイナンバーは不要です。(マイナンバー記載の場合は番号・本人印)

※黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンでの記入は受け付けません。)

資格取得年月日 年 月 日

あん摩・マッサージを受けた時の治療費は、当組合では10割自己負担していただき、その費用の法定給付割合に応じた金額を健康保険組合に請求し、健康保険組合から支給を受ける方法(償還払い)を行っています。

健康保険被保険者療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ用) (年 月 施術分)

被保険者 記号 - 番号 ●● - ●●●●●● 被保険者氏名 健保 太郎

施術が被扶養者に関する場合はその者の氏名・生年月日 (フリガナ) 健保 花子 1男 2女 5・7・9 昭和・平 ●●年●●月●●日生 業務上・外、第三者行為の有無 1 業務上 2 第三者行為である (3) その他 (病気によるもの) 発症又は負傷の原因及びその経過 ○年○月に自宅で～を～している際に脳梗塞を発症し、右半身麻痺によりマッサージがひつようとなったため。

Table with columns: 初療年月日, 施術期間, 実日数, 発症又は負傷年月日, 傷病名又は症状, 請求区分, 施術内容 (マッサージ, 変形徒手矯正, 温電法, 温電法・電気光線器具, 往療料, 加算, 合計, 一部負担金, 請求額), 施術日 (通院/在宅), 請求区, 新規・継続, 転院, 継続・治療・中止, 転医, 摘要.

受診機関が記入する欄です。 [必要添付書類] ・医師の同意書 ・領収書原本

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。 保健所登録区分 1 施術所所在地 2 出張専門施術師所在地 年 月 日 住所 免許登録番号 あん摩・マッサージ・指圧師 氏名 電話

申請欄 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 ●●年 ●●月 ●●日 千 ●● - ●●● 申請者住所 ●●県●●市△△●●-●●●-●●● 氏名 健保 太郎 電話 ●●●-●●●●-●●●●

支払機関欄 支払区分 預金の種類 口座番号 金融機関コード 支店コード 1 振込 1 普通 2 当座 口座名義 (カタカナで記入) 被保険者の給与口座をご記入ください。 銀行 協 本 店 支 店 出 張 所

委任欄 本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 年 月 日 申請者住所 (被保険者) 氏名 記入不要 代理人住所 氏名

同意記録欄 同意医師の氏名 住所 同意年月日 傷病名 要加療期間 「同意記録」の記入とともに、医師の同意書を添付してください。

- 記入上の注意 1 施術内容欄の請求区分及び転院欄については、該当する項目を○で囲んでください。 2 「摘要」欄は、施術に関する特記事項(往療先の住所・施設名及び往療を必要とした理由等)を記入してください。 3 申請欄及び委任欄の署名及び押印は、被保険者自身が行ってください。自筆での署名ができない場合は、委任状(参考様式第1号)を添付の上、成年後見人又は親族等の代筆により申請及び委任を行ってください。 4 初療時には医師の同意書を添付してください。また、初療の日から6箇月が経過するごとの医師の同意(書)が必要です。 5 同意書の原本、領収証の原本、往療を受けた場合は、往療明細の原本。(再同意の場合、施術報告書の写し及び施術報告書交付料領収証の原本) 6 マイナンバーにより申請する場合は、被保険者記号番号欄にご記入ください。記号番号を記入すればマイナンバーは不要です。(マイナンバー記載の場合は番号・本人印)