

支給決定伺		*ケンポ記入欄	
支給金額	支給	所得	
経伺	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>記入例 (書類は所属事業所に提出してください)</p> <p>*但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください</p> </div>		高一・高7

被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ・指圧用】(R O 年 O 月分) 第 1 回目
 家族

被保険者欄	被保険者証の記号・番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇	療養を受けた者の氏名 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	続柄 本人	生年月日 S・H・R 〇年〇月〇日生
	発症または負傷年月日 H・R 〇年〇月〇日	傷病名 脳出血による筋肉麻痺	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	
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯(できるだけ詳しく) (原因については、各自が思い当たることをご記入下さい) 脳出血で右半身が事由に動かなくなった。脳外科主治医からマッサージの治療を勧められて開始。まだ右半身が思うように動かず、受療中。			
施術内容・証明欄(記入または添付)	初療年月日 H・R 年 月 日	施術期間 自 H・R 年 月 日 ~ 至 H・R 年 月 日	美日数 日	請求区分 新規・継続
	傷病名(症状) マッサージ	業務上の場合は申請不可 第三者行為の場合は健保に別途 「第三者行為申請書」提出が必要		転帰 継続・治癒・中止・転医
	変形徒手矯正術	円	円	摘要
	温罨法	円× 回= 円	円	
	温 往療 報告	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>あん摩師・マッサージ師・指圧師に記入を依頼してください (施術報告書交付料の申請がある場合は「施術報告書」を添付)</p> </div>		
施術日 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。 令和 年 月 日 施術所名 所在地 〒 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名 印 TEL			
医師同意書(記入または添付)	患者氏名	生年月日 S・H・R 年 月 日生	発病(初診)年月日 H・R 年 月 日	
	傷病名	ご担当医師に記入を依頼してください (または、「同意書」原本を添付)		要加療期間
	症状(これまでの経過)	往療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない		5.左上肢 6.右下肢 7.左下肢
施術の種類 1.マッサ	上記の者については、頭 マッサージ・指圧の施術に同意する			
令和 年 月 日	保険医療機関名 所在地 氏名		印	TEL
被保険者欄	上記(または添付)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。 住所 〒 000-0000 〇〇〇・..... 令和 〇年〇月〇日			
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿		被保険者氏名 健保 太郎	TEL ***-***-****
	【在職者のみ記入】 上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)			
	【退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)】			
金融機関名 〇〇	銀行・信用金庫 〇〇	支店 / 普通	2.当座(いずれかに〇)	
口座番号 〇〇〇〇〇〇	フリガナ ケンポ タロウ	必ずフリガナを		
		口座名義人 健保 太郎		

在職者の場合は委任先会社のみ、退職後の申請は振込先欄のみご記入ください

大同健保